Zum Wachstum der sogenannten semimalignen Geschwülste im HNO-Fachgebiet

MECHTHILDE RUMMEL

1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546019_0043

Dissertationsdruck F. Frank, 8 München 13 Zieblandstr. 39 Tel. 597 397

Aus der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke
der Universität München

Direktor: Professor Dr. A. Herrmann

ZUM WACHSTUM DER SOGENANNTEN SEMIMALIGNEN GESCHWÜLSTE IM HNO-FACHGEBIET

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Mechthilde Rummel
aus Göppingen

München 1967

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter:	Priv.-Doz. Dr. L. Schreiner
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. A. Herrmann
Dekan:	Prof. Dr. M. Kiese
Tag der mündlichen Prüfung:	23. Mai 1967

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

G L I E D E R U N G

1.	Einleitung	1
2.	Begriffsbestimmung	3
	a) Fibrosarkome	3
	b) Basaliome	3
	c) Parotismischtumoren	4
	d) Zylindrome	6
	e) Glomustumoren	7
	f) Larynxpapillome	8
3.	Eigenes Krankengut	10
	a) Besondere Fälle	10
	b) Tab. Übersicht	18
4.	Statistische Auswertung	19
5.	Diskussion und Schlußfolgerung	27
6.	Zusammenfassung	30

EINLEITUNG

Vor etwa 150 Jahren definierte der Kliniker Cruveilhier die bösartige Geschwulst folgendermaßen: " Boesartig sind folgende Tumoren, die man ausschneiden, ausbrennen und ausaetzen kann und doch immer wiederkehren und den Menschen toeten."F. Mueller sah jene Geschwülste als bösartig an, welche nach Exstirpation wiederkehren und zum sicheren Ruin des Individuums führen. Der Begriff der Malignität entspricht nach diesen ältesten Definitionen dem ärztlichen Denken und Handeln und zwar allein aufgrund des klinischen Bildes und des Krankheitsverlaufes.

In der Folgezeit hat man sehr bald aufgrund systematischer Vergleiche zwischen dem morphologischen und histologischen Aufbau einer Geschwulst einerseits und den klinischen Eigenschaften andererseits nach neuen Kriterien hinsichtlich der Beurteilung der Bösartigkeit eines Tumors gesucht. Man suchte vor allem gestaltlich faßbare histologische Kennzeichen zu finden, die es ermöglichten, den Charakter einer Geschwulst frühzeitig und zuverlässig zu klassifizieren. Für die tägliche klinische Praxis ist die histologische Geschwulstdiagnostik, welche von Virchow begründet wurde, nicht mehr wegzudenken.

Als Kriterien eines bösartigen Geschwulstwachstums werden heute allgemein folgende histologische Merkmale angesehen:
Anaplasie des Geschwulstgewebes und rasches Wachstum, Mitosenreichtum, infiltrierendes und destruierendes Wachstum, Recidiv- und Metastasenbildung (Hamperl u. a.). Buengeler versteht unter einer echten Geschwulst autonome, in sich abgeschlossene Gewebswucherungen, die sich dem normalen regenerativen Bauplan des Organismus nicht einordnen und den intensivsten Ausdruck in der Metastasenbildung findet. Nur solche Gewebe läßt er als eine echte Geschwulst gelten, während er bei den sogenannten "gutartigen" Tumoren der Meinung ist, daß es sich um lokal begrenzte, excessive Wachstumssteigerungen handelt, bei denen Struktur und Leistung der Einzelzellen noch weitgehend denjenigen der normalen Körperzelle entsprechen. (Buengeler u. Siegmund). Er ist auch der Meinung, daß der ungünstige klinische Verlauf einer Geschwulstkrankheit nicht maßgebend sein kann für die Bösartigkeit.

Die meisten Pathologen halten heute noch an der klassischen Einteilung der Gut- und Bösartigkeit der Tumoren fest und viele von ihnen (Virchow, Marchand, Borr-

mann, Albrecht, Lubarsch, Versé, Borst, Hueck, Willis, Zollinger, Roessle, W. Fischer) haben immer wieder betont, daß es zwischen diesen beiden Kategorien alle Übergänge gibt. So sagte Albrecht schon 1908, daß die Unterscheidung der Geschwülste in benigne und maligne bekanntermaßen keine wissenschaftliche, sondern eine praktische, keine pathologische, sondern eine klinische sei. Die Grenze ist keine scharfe, weder morphologisch noch physiologisch.

Virchow prägte als erster den Begriff von der Skala der Malignität und Roessle bezeichnete die zwischen den gut- und bösartigen Geschwülsten stehenden Tumorformen als "unvollkommen gutartig" bzw. "beschränkt bösartig", (Hamperl). Zollinger führte erstmals den Ausdruck Semimalignität ein. Der Kliniker ist über diesen Begriff, der "Semimalignität" nicht glücklich, weil er eine Unsicherheit mit sich brachte Er will stets wissen, ob die Geschwulst bösartig oder gutartig ist, da sich danach seine therapeutischen Maßnahmen richten.

Gerade in unserem Fachgebiet haben wir es sehr häufig mit Geschwülsten zu tun, welche histologisch im wesentlichen alle Merkmale teilen, die gewöhnlich gutartigen Tumoren zugeordnet werden, klinisch aber zeigen sie sehr oft einen bösartigen Verlauf, so daß die Kranken schließlich doch an diesen Geschwülsten zugrundegehen. Zu diesen Tumoren zählen vor allem die Geschwülste der Mundspeicheldrüse, wie Parotismischtumoren, Zylindrome, Basaliome, sowie einige andere Neubildungen, wie Chondrome, Papillome und Glomustumoren.

Wir sind deshalb anhand des großen Krankengutes unserer Klinik dem Problem der Semimalignität dieser Geschwülste nachgegangen. Wir haben den klinischen Verlauf oft über Jahrzehnte verfolgt und stets mit dem histologischen Ergebnis verglichen. Hierbei konnten wir einige histologische Besonderheiten zum Wachstum dieser Geschwülste feststellen, die bislang nur malignen Tumoren zugerechnet wurden. Bevor wir anhand des eigenen Krankengutes das histologische Bild dieser Tumoren den klinischen Eigenschaften gegenüberstellen, sei zunächst auf die Definition der einzelnen Geschwülste eingegangen.

Histologisches und klinisches Erscheinungsbild der zu betrachtenden Geschwülste

a) Fibrosarkome

Histologisch fehlen den Fibrosarkomen zunächst die Zeichen der Malignität. Das histologische Bild ist meist zellreicher und faserärmer als beim Fibrom. Typisch für die Fibrosarkome ist das langsame, aber infiltrierende Wachstum und die Neigung zur Rezidivierung (Rössle 1949, v. Albertini 1955). Makroskopisch zeigen sie eine starke Abgrenzung gegen die Umgebung mit Kapselbildung, so daß man den Eindruck eines gutartigen Tumors gewinnen kann. Sie tendieren teils zum gutartigen Fibrom und können aber andererseits in ihrem klinischen Verlauf das Bild einer bösartigen Geschwulst zeigen. Sie haben eine Neigung zu lokal destruierendem Wachstum, ausgesprochener Proliferationstendenz und starker Recidivierung. Die Kapsel wird häufig von kleinsten Tumorsträngen durchbrochen und die Geschwulst wächst in das angrenzende Gewebe weiter (Schreiner 1962). Auf dieser zumindest örtlichen Malignität (v. Albertini) beruht die therapeutische Konsequenz, den Tumor bei der Erstoperation schon möglichst weit im Gesunden zu entfernen, um damit einer späteren Recidivneigung entgegen zu treten. Aber trotz radikaler Entfernung rezidivieren die Fibrosarkome relativ häufig.
Wir konnten an Hand eines Krankheitsverlaufs aufzeigen, daß ein Fibrosarkom innerhalb von 20 Jahren 16 mal recidivierte.

b) Basaliome

Zu den Basaliomen rechnet man Tumoren, die von nicht vollständig ausdifferenzierten embryonalen Zellen der Basalschicht der Epidermis abstammen (Krompecher, Borst, Hueck u. a.). Feyerter sieht in den Basaliomen Tumoren endokriner Organe und vergleicht sie mit den Carcinoiden des Darms. Büngeler hält die Basaliome für nerval oder neurohumeral gesteuerte Anpassungshyperplasien. Diese Diskrepanz in der histogenetischen Auffassung zeigt sich auch in der Bezeichnung, da Basaliome, Basalzell-Ca und Basalepitheliome als synonyme Begriffe gebraucht werden. Die Ursache dafür liegt auch in dem sehr unterschiedlichen klinischen Verlauf der Basaliome.

Makroskopisch zeigt das Basaliom die verschiedensten Erscheinungsformen. Es kann in Form von kleineren oder größeren Knoten auftreten, oder als rötliche Herde, die gern ulcerieren und als ulcus rodens bezeichnet werden.

Histologisch besteht das Basaliom aus länglichen, spindelförmigen Zellen, die sich zu dem sog. Basaliomstrang anordnen. Nach Anordnung der Basaliomstränge unterscheidet man solide oder adenoide Bildungen. Im Vergleich zu anderen aus Basalzellen aufgebauten Carcinomen zeigen die Basaliome einen geringeren differenzierten Aufbau. Die meisten Pathologen rechnen die Basaliome zu den gutartigen Gewebswucherungen. Sie metastasieren äußerst selten, obwohl sie sich in ihrem klinischen Verhalten dem malignen Wachstum nähern können und sie haben eine Neigung zur Recidivierung und destruierendem Wachstum.

Wie wir an Hand unseres eigenen Krankenguts sehen werden, können die Basaliome einen gutartigen Verlauf nehmen, aber in nicht seltenen Fällen durch häufige Recidivierung und infiltrierendes Wachstum klinisch ein äußerst bösartiges Erscheinungsbild zeigen. In einem Fall, den wir noch näher ausführen, können wir zeigen, daß ein zunächst histologisch gesichertes Basaliom im Laufe von Jahren in ein Plattenepithel-Ca übergehen kann. Da man einem Basaliom zunächst histologisch nicht ansehen kann, welcher klinischen Erscheinungsform es entspricht, ist schon bei der Erstbehandlung äußerste Vorsicht geboten. Manche Autoren ziehen die Bestrahlung vor, sehen jedoch als Nachteile Narbenbildung und Pigmentierung. Will man operativ ein gutes Ergebnis erzielen, ist schon bei der Erstoperation ein äußerst radikales Vorgehen angezeigt, da ein Basaliom, wenn es recidiviert, rasch infiltrierend und destruierend wächst und den Verlauf wie bei einem histologisch gesicherten malignen Tumor zeigt.

c) Parotismischtumoren

Die Parotismischtumoren werden heute allgemein als epitheliale Neubildungen angesehen.

Histologisch handelt es sich um einen der buntesten Tumoren des menschlichen Körpers (Langer). Das Geschwulstgewebe besteht aus Parenchym und Stroma, wobei das Stroma oft Schleim, ev. Knorpelgewebe und bindegewebige Anteile enthält. Das

Parenchym zeigt äußerst unregelmäßige Zellmassen und Zellstränge in verschiedenster Anordnung. Oft findet man fließende Übergänge zwischen Parenchym und Stroma und innerhalb derselben Geschwulst können sich erhebliche histologische Variationen finden.

Makroskopisch ist der Tumor gut abgrenzbar und von einer Kapsel umgeben, die verschieden dick sein kann und meist gut gegen die Umgebung verschieblich ist. Hinsichtlich ihrer biologischen Dignität nehmen die Parotismischgeschwülste eine Sonderstellung ein. Sie neigen zu häufiger Recidivierung und können in seltenen Fällen carcinomatöse und zylindromatöse Umwandlungen zeigen und sogar metastasieren.

Bei der Frage der Recidivierung wird häufig im Schrifttum das Problem einer multilokulären Entstehung diskutiert. Wie aber nähere Untersuchungen von Foot und Mitarbeiter zeigen, dürfte dies ein äußerst seltenes Ereignis sein. Einmütig wird aber von allen Autoren festgestellt, daß häufige Recidivierung bei gutartigen Parotismischtumoren dann auftreten, wenn sie bei der Erstoperation nicht vollständig entfernt werden. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Tumorkapsel verschieden dick ist. Die zurückgelassenen Tumorreste werden dann als Ausgangspunkt für den Recidivtumor angesehen. Heinicke, Delarue und eine Anzahl französischer Autoren fordern deshalb die totale Parotidektomie. An Hand unseres eigenen Krankenguts können wir den Eindruck bestätigen, daß durch eine totale Parotidektomie die Recidivierungsquote verringert wird. Eine totale Parotidektomie ist vor allem dann angezeigt, wenn die Tumorkapsel während der Operation einreißt oder der Tumor infiltrativ in die Kapsel eingewachsen ist. Bei Parotismischtumoren, die nur wenig gegen die Umgebung verschieblich sind, haben wir es meist mit einer infiltrativen Durchwachsung zu tun.

Zusammenfassend wäre festzustellen, daß Parotismischtumoren häufig recidivieren und in seltenen Fällen auch maligne entarten können. Therapeutisch haben wir deshalb die Schlußfolgerung zu ziehen, den Primärtumor möglichst radikal und weit im Gesunden zu entfernen und gegebenenfalls eine totale Parotidektomie in Betracht zu ziehen.

d) Zylindrome

Der Name Zylindrom sagt über die Herkunft und das Wesen dieser Tumoren nichts aus. Deshalb bemühte man sich Bezeichnungen zu finden, die den Charakter der Geschwulst näher beschreiben. Borst bezeichnete sie als Endothelioma cylindromatosum, Krompecher als zylindromatösen Basalzellkrebs und Langer als zylindromatöses Adenom. In der anglo-amerikanischen Literatur wird eine eigene Stellung des Zylindroms im onkologischen System verneint (Ward und Hendrick, Willis). Willis spricht von sog. cribriformen Mischtumoren. Nach Willis sind alle Mischtumoren bösartig, nur ist ihre maligne Wachstumsrate verschieden groß. Von allen Mischtumoren hätten die Zylindrome die größte maligne Wachstumsrate. Da alle diese Tumoren potentiell bösartig seien, lehnt Willis die Bezeichnung Adenom für sie ab.

Makroskopisch handelt es sich bei den Zylindromen um derbe bis relativ weich elastische Tumoren, die meist von einer Kapsel umgeben sind. Bei Lupenvergrößerung erscheint das Tumorgewebe siebartig durchbrochen.

Histologisch besteht das Zylindrom aus Bindegewebe, Epithel und schleimig-hyaliner Grundsubstanz. Die bindegewebige Kapsel zieht in Form von Septen in das Tumorgewebe. So entsteht ein läppchenförmiger Aufbau der Geschwulst. Das Parenchym setzt sich aus kleinen und runden, plasmaarmen Zellen mit chromatinreichen Kernen zusammen. Diese Zellen bilden Zellstränge, die Billroth als Keimzylinder bezeichnete. Diese Zellstränge sind netzartig verzweigt und deren Hohlräume sind von schleimig hyaliner Masse ausgefüllt.

Das Zylindrom entwickelt sich vorwiegend im Bereich der oberen Luftwege und Speisewege, vor allem in der Nase und in den Nebenhöhlen, im Mund und Rachen, in den Speicheldrüsen, im Kehlkopf und in den Bronchien. Im allgemeinen wächst die Geschwulst langsam ; einige Jahre sind die Regel, mindestens aber viele Monate. Die Gewächse sind von einer intakten Schleimhaut überzogen. Sehr selten kommt es zu einem Durchbruch oder zur Ulceration des Tumors. Oft findet man, daß eine Durchwachsung der Schleimhäute später erfolgen kann, als die weitgehende Zerstörung des Knochens (Mehnert). Die Zylindrome haben eine ausgesprochene Recidivneigung, auf die bereits Billroth hinwies. Dies erklärt sich dadurch, daß die Tumorzapfen die Kapsel durchwachsen und bei der Operation nicht mitentfernt wurden. Die Infiltration des Tumors reicht meist außerordentlich weit in die gesund erscheinen-

den Weichteile (Oltersdorf, Sveja, J, und Swik, A.) Die Metastasierung wird von den Pathologen zu den Haupteigenschaften der malignen Tumoren gezählt. Wenn Zylindrome metastasieren, dann erst nach Jahren. In erster Linie erfolgen Absiedlungen in die Lunge und das Skelettsystem. Lymphknotenmetastasen sind selten zu beobachten (Rauch). Im Endstadium kann allerdings auch eine diffuse Metastasierung erfolgen. Das klinische Bild der Zylindrome gleicht im Terminalstadium dem eines malignen Tumors.

Daraus leiten sich die therapeutischen Konsequenzen ab, nämlich den Tumor schon bei der Erstoperation weit im Gesunden auszuschälen, auch wenn das histologische Bild relativ gutartig zu werten ist. Über die Erfolge der Röntgen- oder Radiumbestrahlung gehen die Meinungen auseinander. Struppler gibt der Radiumtherapie den Vorzug, da er die Empfindlichkeit der Tumoren gegenüber Röntgenstrahlen für gering hält. Oltersdorf, Rehrmann und Frenzel bezeichnen die Zylindrome als völlig strahlenresistent, während Dancot gewisse Erfolge bei genügend hoher Dosierung erzielen konnte. Wie wir aus unserem Krankengut ersehen, haben wir bei operativ behandelten Fällen, die nachbestrahlt wurden, eine Verzögerung in Bezug auf die Recidivierung beobachtet.

e) Glomustumoren

Unter Glomustumoren versteht man Tumoren, die sich aus den Glomusorganen entwickeln. Man rechnet dazu die Tumoren des Glomus caroticum, Glomus jugulare-tympanicum und Glomus vagale.

Alle Glomustumoren zeigen im wesentlichen den gleichen histologischen Aufbau und weisen kaum Unterschiede zum normalen Gewebe der Glomusorgane auf. Charakteristisch für den feingeweblichen Aufbau der Glomustumoren sind die Glomuszellen. Das sind Zellen vom epitheloiden Typ, die miteinander zu Zellballen und Zellsäulen verbunden und in einem feinen reticulären Stroma eingebettet sind, welches reiche Vascularisation und eventuell Nervenfasern enthält. Das vasculäre Stroma ist in manchen Bezirken spärlich, in anderen dagegen sehr reichlich vorhanden. Oft sind die vasculären Elemente so dominierend, daß fälschlicherweise ein Haemangiom diagnostiziert werden kann. Der Gefäßreichtum kann im einzelnen Tumor je nach Entwicklungsstadium stark variieren.

Makroskopisch findet man eine hart-elastische rundlich-ovale, gelbliche bis rötliche Masse. Das gemeinsame der Glomustumoren ist das sehr langsame, anfangs meist stumme Wachstum über Jahre und ihre weitgehende histologische Gutartigkeit.

Die klinische Symptomatik der Glomustumoren hängt von ihrem Sitz ab. Die Tumoren des Glomus caroticum sind meist tauben- bis hühnereigroß und machen zunächst wenig Beschwerden. Durch Palpation läßt sich häufig der Sitz in der Carotisgabel nachweisen. Die Tumoren sind zwar medial und lateral, aber niemals in der Längsrichtung verschieblich. Eine sichere Diagnosestellung kann jedoch nur durch eine carotis comm. Angiographie erzielt werden. Dabei kommt es meist durch den großen Kapillarreichtum zu einer Anfärbung des Tumors.
Die Tumoren des Glomus jugulare tympanicum, die vom Mittelohr ihren Ursprung aus nehmen,breiten sich zunächst in die Umgebung aus, in den Gehörgang, in das Labyrinth und in die mittlere Schädelgrube. Im Anfang besteht daher eine langsame zunehmende Schalleitungsschwerhörigkeit, der Spiegelbefund zeigt ein bläulich-rotes Trommelfell, häufig im unteren Teil vorgewölbt. Erfolgt in diesem Stadium keine Tumorexstirpation, dann hängt der weitere klinische Verlauf davon ab, in welcher Richtung der Tumor wächst. Meist kommt es zu einer langsam zunehmenden Facialisparese und zu einer Zerstörung des Labyrinths und der Schnecke.
Nimmt der Tumor vom bulbus jugulare seinen Ursprung, so ist das klinische Erscheinungsbild völlig anders. Hier treten zuerst neurologische Symptome auf, weil meistens die Nn. glossopharyngicus, vagus und hypoglossus zuerst vom Tumorwachstum komprimiert werden und erst später, wenn der Tumor in das Mittelohr durchgebrochen ist, imponieren die otologischen Symptome.
Die Tumoren des glomus vagale machen zunächst wenig Beschwerden. Sie wachsen äußerst langsam. Unterhalb des Warzenfortsatzes hinten tastet man meist eine indolente kleinere oder größere Geschwulst. Bisweilen können sie zu Schluckbeschwerden führen, wenn sie in den retro- und paraph aryngialen Raum vorwachsen. Bei längerem Bestehen breiten sie sich an der Schädelbasis entlang aus und können via Foramen jugulare in den intracraniellen Raum einwachsen.
Glomustumoren weisen äußerst selten Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen auf. Es sind einige Tumoren mit Metastasierung in die regionären Lymphknoten beschrieben, wobei die Absiedlungen den gleichen histologischen Aufbau wie der Primärtumor zeigen.

Für die Tumoren aller Glomusorgane gilt wohl als einzige erfolgversprechende therapeutische Maßnahme die radikale Operation. Die Indikation zur Operation ist jedoch bei den einzelnen Glomustumoren verschieden. Bei den Tumoren des Glomus caroticum kann die Indikationsstellung besonders schwierig sein. Handelt es sich um kleinere Tumoren und haben sie keine engere Verbindung zu den Carotiden, so kann die Operation verhältnismäßig einfach sein, handelt es sich dagegen um größere Tumoren, die fest mit den Carotiden verwachsen sind, so kann es auch bei schonendstem Vorgehen oft eine Unterbindung der Carotis comm. oder interna nicht umgangen werden. Lindner hat mit Recht darauf hingewiesen, daß ein so großes Operationsrisiko nur bei einem Tumor mit entsprechender Malignität verantwortet werden kann. Da die Glomus caroticum Tumoren meist sehr langsam wachsen, ist nur in seltenen Fällen ein so großes Operationsrisiko zu verantworten. Anders ist es bei den Tumoren des Glomus jugulare tympanicum. Aufgrund ihres bösartigen klinischen Verlaufes muß man auch in einem weit fortgeschrittenen Stadium operieren und große Operationsdefekte und Laesionen in Kauf nehmen. Für die Therapie der Glomus vagale Tumoren kann man dasselbe sagen, wie für die Tumoren des Glomus jugulare tympanicum. Wegen ihrer Ausbreitung an der Schädelbasis und der Möglichkeit des Einbrechens in das Endocranium via Foramen jugulare ist die operative Behandlung, so radikal wie nur möglich, die Methode der Wahl.

f) Larynxpapillome

Unter den gutartigen Geschwülsten des Kehlkopfes sind die Larynxpapillome die häufigsten.

Die Symptome der Larynxpapillome sind Phonations- und Respirationsstörungen, wobei meistens die Stimmstörung primär in Erscheinung tritt. Die Dysphonie erreicht verschiedene Grade, die sich bis zur völligen Aphonie entwickeln kann, was teilweise durch den Sitz der Papillome verursacht ist. Die Respirationsstörung tritt mit zunehmendem Wachstum auf.

Die Ätiologie der Larynxpapillome ist noch weitgehend unbekannt. Meistens kommen Kinder, seltener Erwachsene wegen dieses Leidens in Behandlung. Es ist vielfach beschrieben und seit langem bekannt, daß in der Pubertät des öfteren Spontanheilung kindlicher Papillome auftritt. Sicher spielt bei dieser Erkrankung eine Disposition,

eine chem. oder auch bakt. unspezifische Reizung der Kehlkopfschleimhaut eine gewisse Rolle. Alle anderen exogenen oder endogenen Faktoren, wie das filtrierbare Virus, die Sexualhormone müssen weiterhin als nicht zureichend begründete Faktoren abgelehnt werden.

Makroskopisch sind die Kehlkopfpapillome Tumoren von teils glatter, ev. auch hökkeriger Oberfläche. Sie sind häufig zu Gruppen vereint, die oft ein blumenkohlartiges Aussehen annehmen. Ihre Farbe kann von blaßrosa bis tiefrot sein. Sie sind von elastischer Konsistenz und haben bisweilen eine gewisse Bröckeligkeit. Manchmal sitzen sie breitbasig, manchmal gestielt auf.

Mikroskopisch zeigen die Papillome bei Erwachsenen wie bei Kindern zumeist den gleichen Aufbautyp. Es sind Deckepithel- Bindegewebsgeschwülste (Fibroepitheliome) benigner Natur. Oft ist ein papillär verzweigter Bindegewebsstock von dickem Plattenepithel überkleidet. Die Strukturelemente entsprechen der Schleimhaut, wobei die starke Dickenzunahme vor allem der Plattenepithelschichten auffällig ist. Das Bindegewebe ist reich an Blut- und Lymphgefäßen und zeigt oft entzündliche Infiltrationen. Die Basalmembran ist meist vollkommen erhalten und eine Infiltrationstendenz des Epithels in das Bindegewebe ist nicht feststellbar. Das gutartige Papillom mit seiner scharfen Grenze zwischen Deckepithel und Bindegewebe bei erhaltener Basalmembran,mit wenigen Mitosen und seltenen Hornperlen ist histologisch leicht vom Ca zu unterscheiden, das durch infiltrierendes Wachstum die Ordnung zwischen Epithel und Bindegewebe aufhebt und zahlreiche Polymorphien und Hornperlen zeigt. Schwer ist die Differenzierung, wenn es sich um den Zustand beginnender maligner Degeneration handelt. Es gilt als besonders schwierig im histologischen Bild Papillome mit starker Epithelwucherung oder gar Verhornungsneigung gegenüber hyperkeratotischen Prozessen im Kehlkopf abzugrenzen. Trotz der im allgemeinen zu beobachtenden Benignität der Larynxpapillome in der Klinik wie im histologischen Schnitt, tragen sie bei hochgradiger Entwicklung im Kehlkopf das Zeichen einer steten Gefahr, weil sie sehr leicht die Glottis verlegen und Erstickung droht.

Eines der hervorstechendsten Merkmale der Larynxpapillomatose sind die häufigen Recidivierungen, die praktisch nach jeder Art von Behandlung auftreten können. Man kann den Papillomen weder klinisch noch mikroskopisch den Grad der Recidivierungstendenz ansehen. Es gibt Papillome im Kindes- wie im Erwachsenenalter, die bereits

nach der ersten Behandlung nicht wieder auftreten. Auf der anderen Seite gibt es Patienten, die ihr ganzes Leben lang unter Papillomrecidiven leiden.

Die chirurgische Behandlungsmethode ist auch heute noch die Methode der Wahl, da die Strahlentherapie und die Chemotherapie nicht die gewünschten Ergebnisse brachten.

Leiden Erwachsene an Kehlkopfpapillomen, so ist die Möglichkeit der malignen Entartung gegeben, vor allem dann, wenn sich das Papillomleiden über viele Jahre erstreckt. Deshalb ist bei der histologischen Beurteilung der Alterspapillome die Frage der malignen Degeneration von besonderer Bedeutung.

EIGENES KRANKENGUT

A. Besondere Fälle

Besondere Fälle seien wegen ihres charakteristischen Verlaufs oder wegen spezieller histologischer Befunde ausführlicher geschrieben.

1. Fibrosarkome

Fall 1 Sch Se, 40 J

Der Patient kam am 20.12.1940 erstmals in unsere stationäre Behandlung und klagte über Schluckbeschwerden und Druck auf der li Halsseite. Gelegentlich sei auch Atemnot aufgetreten.

Lokalbefund: Über dem li Sinus piriformis ein gut haselnußgroßer Tumor, der auch das li Stimmband verdeckt. Die Oberfläche des Tumors ist mit normaler Schleimhaut bedeckt und glatt. Der Tumor sitzt mit der Basis der Vallecula auf. Es wurde der Verdacht auf eine Cyste geäußert. Eine Punktion gelingt nicht, da das Gebilde zu derb war. Verlauf: 30.12.40 Exstirpation in Schwebelaryngoskopie, wobei die breite Basis scharf abgetrennt wird und der Tumor in toto entfernt werden kann. Histologischer Befund: Pathologisches Institut der Universität München Fibrom.

19.8.41 Recidiv eines walnußgroßen Tumors im li Sinus piriformis, das der Hinterwand des Hypopharynx gut anliegt. Histologisch polymorphzelliges Sarkom.

31.8.41: Abtragung des Tumors in Lokalanästhesie. Röntgenbestrahlung des Hypopharynx und beider Halsfelder. 5200 r/T. Recidivfreiheit bei ständiger Kontrolle bis 19.3.54. Hier erneut glatte Verwölbung aus dem li Sinus piriformis. Linke Kehlkopfseite erscheint starr. 24.3.54: Tracheotomie. Exstirpation des Hypopharynxtumor von außen. Der Tumor läßt sich gut ausschälen. Histologischer Befund: Fibroblastisches Sarkom, das alle Übergangsformen vom reticulaer-cystischen Bau bis zu mehr oder weniger kollagenen Fasern enthaltenden Strangbildungen erkennen läßt.

24.1.1956: Recidiv und Abtragung in Stützautoskopie. 19.4.1956: Recidivnachoperation von außen. 18.3.57: Recidiv: Exstirpation durch Pharyngotomie. Histologisch: Fibrosarkom. Die Geschwulst ist im Vergleich zu früheren Untersuchungen zellreicher geworden. 10.4.1958: Recidiv. Der Tumor wächst entlang der Pharynx- und Hypopharynxschleimhaut und führt zur Oesophagusstenose, so daß der Patient kaum mehr essen kann. Totalexstirpation des Larynx: Das Tumorrecidiv sitzt am Ringknorpel an und hat Mannsfaustgröße. 29.2.1960: Kirschgroßes Recidiv am Tracheostoma. Be-

handlung mit E 39 lokal und intravenös. 11.4.60: Tumorabtragung in Intubationsnarkose. 18.5.1960: Tumorabtragung eines hühnereigroßen Recidivs am Tracheostoma. Im strömenden Blut findet sich keine Tumorzelle. 1.7.1960: Recidivtumor am Tracheostoma: Exstirpation und Verkochung. 26.7.1960: Recidivtumorentfernung am Tracheostoma. 16.8.1960: Entfernung und Verkochung eines Recidivtumors. 20.9.1960: Tumorabtragung am Tracheostoma. Der Tumor wächst entlang der Trachea ins Mediastinum-. 12.10.1960: Röntgenbestrahlung 6000 r/T. 23.1.1961: Walnußgroßer Tumor mit Oesophagusfistel am Hinterrand des Tracheostomas. Tumorzellnachweis im strömenden Blut negativ. Elektrochirurgische Abtragung. 26.3.1961: Elektrochirurg. Abtragung. Lymphstauung im Gesicht. 10.5.1961: Exitus wegen starken Blutungen ins Mediastinum. Sektion: Einbruch des Tumors ins Mediastinum, keine Metastasen.

Zusammenfassung: Ein 40-jähriger Patient, welcher 1940 erstmals in unsere Klinik kam, litt an einem haselnußgroßen, gestielten Tumor am linken sinus piriformis. Der Tumor wird chirurgisch abgetragen. Die histologische Untersuchung ergab ein Fibrom. Ein Jahr später Auftreten eines Recidivs. Der hist. Befund zeigte diesmal ein Fibrosarkom. Seitdem hat der Patient trotz Larynxtotalexstirpation und zweimaliger Röntgenbestrahlung 16 Tumorrecidive erlebt, bis er im Mai 1961 infolge einer Tumorblutung ins Mediastinum ad exitum kam. Die Geschwulst zeigte ein ausgesprochen lokal infiltrierendes Wachstum bis ins Mediastinum, ohne Fernmetastasen zu setzen. Tumorzellen im strömenden Blut konnten nie nachgewiesen werden.

2. Basaliome

Fall He Ma 58 J

1940 wurde der Patient wegen eines Basalioms über dem li Auge auswärts erstmals operativ behandelt. Wie wir anamnestisch erfuhren, erfolgte 10 Jahre später wegen eines sog. "Lupus" über dem li Auge eine Röntgentiefenbestrahlung. Im Juni 1955 mißlang auswärts der plast. Verschluß zur Deckung eines ulcus nach Röntgentiefenbestrahlung.
Im Febr. 1956 kam der Patient in unsere Behandlung. Wegen eines Tumorrecidivs wurde die li Orbita exenteriert, die PE ergab ein Basalzell-Ca und es mußte die li Stirnhöhle, das Siebbein und ein Teil des periorbitalen Gewebes nachreseziert werden. Im Nov. 1957 trat ein erneutes Tumorrecidiv auf im Bereich des li Orbitadaches und des hinteren Scheitelbeins. Der histologische Befund ergab diesmal ein Plattenepithel-Ca. Der

Tumor war in großen Bezirken in den Knochen und die Spongiosa eingewachsen. Die Schädelknochen mußten weitgehend von der Dura abgehoben und reseziert werden. Die Dura war äußerlich ebenfalls mit Tumormassen bedeckt. Anschließend wurde der Patient zur plast. Versorgung des Operationsdefekts in die neurochirurg. Abt. verlegt. Zusammenfassend sei an Hand dieses Falls gezeigt, wie sich aus einem Basaliom im Laufe von 15 Jahren ein Basalzell - Ca und später ein nicht verhornendes Plattenepithel-Ca entwickelte. Das Wachstum des Basalioms drang infiltrierend durch die Diploevenen des Schädeldachknochens hindurch auf die Dura. Die Dura setzte lange einen Widerstand gegen das Eindringen des Carcinoms, selbst dann war es möglich, das äußere Blatt abzuziehen, ohne daß die Dura einriß.

3. Parotismischtumor

Fall Kn. L 45 J.

45 jähriger Patient kam am 2. 3. 1958 wegen ziehender Schmerzen am re Kieferwinkel in unsere stat. Behandlung. Wie wir anamnestisch erfuhren, erfolgte 1947 auswärts erstmals eine Tumoroperation am re Kieferwinkel. 1954 zeigte sich abermals ein Tumorrecidiv, das auswärts operativ entfernt wurde. Der Lokalbefund bei der stat. Aufnahme ergab einen haselnußgroßen und einen kirschkerngroßen Knoten an der rechten Wange. Beide Tumoren wurden am 2. 3. 1958 operativ entfernt. Der histologische Befund ergab einen Mischtumor nach Art der Speicheldrüsenmischtumoren. Malignität war nicht sicher auszuschließen. Im August 1958 erneutes Recidiv, wir führten eine ausgedehnte Tumorexstirpation mit anschließender Rö-Bestrahlung durch. Am 16.3.1961 zeigte sich wieder ein Recidivtumor. Die histologische Diagnose lautete diesmal: Zylindromatöser Mischtumor. Im Blut wurden Tumorzellen festgestellt. Am 16. 6. 1961 Lungenmetastasen im li Unterfeld. Im August 1962 wiederholte Recidivoperation, mit Ausräumung der regionären Lymphdrüsen. Der histologische Befund erwies Lymphknotenmetastasen. Der Tumor breitete sich in Richtung Flügelgaumengrube aus. Im Januar 1963 Recidiv, das operativ entfernt werden mußte.

Zusammenfassend handelt es sich in diesem Fall um einen 45 jährigen Patienten, der an einem Parotismischtumor litt, der eine multicentrische Entstehung zeigte. Der Tumor entartete nach 11 Jahren in eine zylindromatöse Mischgeschwulst und zeigte in-

nerhalb von 15 Jahren 7 Recidive. Bemerkenswert ist der Nachweis von Lymphdrüsenmetastasen und Tumorzellen im Blut.

4. Zylindrom

Fall E. L. 43 J.

Vor 10 Jahren bemerkte die Patientin eine erbsengroße Geschwulst am re Kieferwinkel ohne Schmerzen. 1958 erfolgte auswärts erstmals eine Tumorexstirpation, 1 Jahr später zeigte sich ein Recidiv, das auswärts bestrahlt wurde. Am 12. 3. 1964 kam die Patientin wegen eines erneut auftretenden Tumorrecidivs in unsere stat. Behandlung. Der Lokalbefund zeigte eine kastaniengroße derbe, indolente Schwellung mit schlechter Verschieblichkeit im Bereich der re Parotis. Wir führten eine ausgedehnte Tumorexstirpation mit Parotidektomie durch. Die histologische Diagnose lautete: Zylindrom, kein Anhalt für Lymphknotenmetastasen. Im August 1964 trat ein erneutes Recidiv auf, röntgenologisch wurden Lungenmetastasen festgestellt. Im Januar 1965 erneute Recidivoperation.

Zusammenfassend handelt es sich um eine 45 jährige Patientin, bei der vor 10 Jahren erstmals ein Tumor im Bereich des re Kieferwinkels auftrat. Die Patientin wurde auswärts 2 mal operiert mit anschließender Rö-Bestrahlung. Wegen eines Recidivs kam sie im März 1964 in unsere Behandlung. Wir führten eine ausgedehnte Tu-Exstirpation durch. Histologisch lag ein Zylindrom vor, das in die Lunge metastasierte.

5. Glomustumor

Fall Sch. M. 31 J.

Anamnese: 1952 bemerkte die Patientin an der re Halsseite erstmals einen kleinen Knoten, der seit 8 Jahren deutlich an Größe zunahm. 1954 wurde ein gut taubeneigroßer Tumorknoten am re Kieferwinkel exstirpiert. Histologisch wurde damals die Diagnose Carcinommetastase mit soliden Epithelsträngen und -nestern und Andeutungen von Drüsenbildungen gestellt. Ein Primaertumor wurde nicht gefunden. Deshalb wurde eine Strumektomie durchgeführt. Es fand sich kein Anhalt für Malignität. Im Anschluß daran Röntgenbestrahlung der re Halsseite mit einer Gesamtdosis von 4000 r/T. Trotzdem entwickelte sich im weiteren Verlauf erneut eine taubeneigroße Schwellung an der re Halsseite. Deshalb kam die Patientin 1956 in unsere Klinik zur Aufnahme.

Befund: Taubeneigroßer, derber, indolenter Tumor an der re Halsseite am Vorderrand des Sternocleido in Höhe des Schildknorpels. Schlecht verschieblich. Supralaciculär war eine Drüse im lat. Halsdreieck zu tasten. Bei der Carotisangiographie kam es zur Darstellung eines großen pathologischen Gefäßbezirks, der sich von der Carotisgabel bis zum Epistropheus ausdehnte. Die re Gefäßscheide wurde freigelegt. Bei Darstellung der art. Carotis int. von dorsal stieß man nach Resektion der Vena jugularis int. unterhalb des nervus accessorius auf ein glattes Gebilde, bei dem es sich um eine bohnengroße Metastase handelte. In der Carotisgabel fand sich ein gut kastaniengroßer glatter, pulsierender Tumor, der nach Unterbindung der Carotis ext. in toto exstirpiert werden konnte. Komplikationsloser Heilverlauf. Kein Recidiv. Die Zwillingsschwester der Patientin hat einen etwa gleichgroßen Tumor an der li Halsseite. Sie wurde von uns untersucht, konnte sich jedoch nicht zu einem operativen Eingriff entschließen.

Histologie: Der Primärtumor zeigte zahlreiche kapilläre Spalträume, welche von sehr polymorphen epitheloiden Zellwucherungen umgeben sind, die teilweise in Form eines zwischen den Kapillaren verzweigten Zellsyncytiums, teilweise auch als massive Zellhaufen auftreten. Zellsprossen und Zellknospen, die von den Kapillaren ausgehen. Dazwischen schmale und weitere, teilweise hyalinisierte Bindegewebefaserzüge. Auch das interzelluläre Stroma ist hyalinisiert, wohl als Bestrahlungsfolge zu werten. In der Metastase erkennt man zwischen den Maschen eines weitverzweigten Kapillarnetzes, teils in kleineren, teils in größeren Nestern zusammengefaßt, große protoplasmareiche Epitheloidzellen und zum Teil auch ein synzytial zusammenhängendes Zellnetz. Zellarmes, faserreiches, bindegewebiges Stroma. Stellenweise Kernpolymorphie, keine Hyalinisierung, dies spricht dafür, daß es sich um eine Metastase des Primärtumors handelt, die nach der Bestrahlung auftrat. Auch das alte, vor 2 Jahren angefertigte Operationspräparat wurde noch einmal untersucht und die Diagnose Carcinommetastase revidiert. Es weist einen ähnlichen Bau auf und es dürfte sich auch nach dem klinischen Verlauf um eine Metastase des Glomus caroticum Tumors gehandelt haben.

Zusammenfassung: 42 jährige Patientin, die seit 8 Jahren eine langsam zunehmende Schwellung an der re Halsseite bemerkte, 1954 operative Entfernung eines Tumorknotens mit anschließender Bestrahlung. 1956 kam die Patientin in unsere Klinik, da sich

ein Recidiv an der re Halsseite entwickelte. Bei der Operation wurde ein glatter, pulsierender Tumor aus der Carotisgabel entfernt und supraclaviculär war eine Lymphdrüse mit entfernt worden. Die histologische Diagnose ergab einen Tumor des Glomus caroticum re mit Absiedlung in eine regionäre Lymphdrüse. Auch bei dem vor 2 Jahren entfernten Tumor handelt es sich um eine Metastase des Glomus caroticum.

Larynxpapillome bei Erwachsenen

Von den 18 uns zur Verfügung stehenden Fällen von Larynxpapillomen bei Erwachsenen, trat in 1 Fall eine 12malige Recidivierung auf, bei einer Beobachtungszeit von 19 Jahren, ohne daß sich ein Hinweis auf eine maligne Entartung zeigte.

2 Fälle zeigten ein 5maliges Recidiv

4 Fälle zeigten ein 2maliges Recidiv

4 Patienten wiesen nach der Erstbehandlung keine Recidive mehr auf. In einem Fall entwickelte sich im Laufe von 11 Jahren aus einem histologisch gesicherten, gutartigen Larynxpapillom ein Plattenepithel-Ca.

b) Tabellarische Übersicht

Name, Alter Lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tumorgr.	Lokalisation	Tumoranamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Metastasen a) fern b) Lokalmet.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive a) bei b)	Beobachtungs-zeit	Verlauf, Komplikationen
Sebastian Sch. 2.12.99 136/61	1940	Schluckbeschwerden u. Atemnot	haselnußgr.	li Sinus pirifonis		23.12.40 Tu-Exstirp. aus li Sinus pirifo 13.8.42 Recidivop. 2.10.42 Röbestr. 5200r 24.4.54 Recidivop. 24.1.56 Tracheotomie 2.2.56 Tu-Abtragung in Stück- autoskopie 11.4.56 Nachop. 21.3.57 Tu-Recidiventf. 10.11.58 Totalexstirp. d. Larynx 17.8.59 Recidivop. 7.3.60 E 39 12.4.60 Tu-Abtragung 31.8.60 Tu-Abtr.	stark entzündliche Reaktion	sehr polymorph. mäßig fasenreiches Fibrosarkom	1942 1954 1956 1957 1958 1959 1960			17.8.59 örtl. Metast. in Oesophaguswand	2.10.42 Rö-Bestrahl.		19 Jahre	Exitus n. 19 Jahren
Sebastian M. 18.1.89 936/62	1961	Heiserkeit	kirschgr.	re Stimmbd.	Mai 1961 Tu-Exstirp. ausw.	5.7.62 Laryngofissur mit Tracheotomie	prim. Heilung	Fibrosarkom	1962						1 Jahr	
Therese B. 5.8.20 10.6.62	1961	keine	kirschkerngr.	li Gehörgang		24.3.61 Tu-Exstirp. 12.7.62 Recidivop.	prim. Heilung	Fibrosarkom	1962						2 Jahre	
Wilhelm Sch. 2.4.95 1441/61	1958	schlechte Nasenatmung	pflaumengr.	Oberkiefer li		17.12.58 Tu-Exstirp. aus Nase 8.1.-12.2.59 4500r Rö-Best. 9.3.59 Recidiv Tu-Exstirp. 16.12.60 Recidivop. 6000r 24.10.-31.10. E 39 15.12.61 Nebenhöhlen-Tu, Exentratio Orbita									8 Jahre	Exitus n. 4 Jahren 10.12.62

Name, Alter Lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tumorgr.	Lokalisation	Tumoranamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Metastasen a) fern b) Lokalmet.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungs- zeit	Verlauf, Kompli- kationen
Franz W. 18. 5. 92 1174/57	1956 1	Heiserkeit Husten	kirschgr.	Larynx li		9. 7. 57 Tracheo- tomi 16. 7. 57- 8. 8. 57 Rö- Bestr. 5893r		Polymorph- zelliges Fibrosar- kom	1957			Lokal infiltr.	Rö- Bestrahl.		1 Jahr	
Sylvester B. 138/56 15. 2. 32	1955	pelziges Gefühl in der li. Backe	klein- apfelgr.	Oberkiefer- tu.	1955 Tu-Exstirp. ausw.	3. 2. 56 Tu- morexstirp. 13. 2.-2. 3. 600 mg E39 2. 7. 56 Rö- Bestrahl. 4820r	reizlose Wundhei- lung	Fibrosar- kom	1956			lokal infiltr.	2. 7. 56 Rö-Bestr.		2 Jahre	Einbruch in mittl. Schädelgrube 1957 gestorben

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße, Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Andreas W. 792/64	1947	Nase erfroren und heftiges Jucken	erbsengr. Defekt	re Nasenflügel	1950 Elektrokoagulation des re Nasenflügels	1963 P. E. auswärts 15. 6. 64 Tuexstirpation und Deckung d. Defekts durch Verschiebelappen aus Stirn u. Wange	reizlos Fortführung d. Nasenplastik	Basaliom	kein				b) prim. Op.	kein	2 Jahre	
Erna M. 12. 8. 99 66/64	1960	Wunde am Nasenrücken	kirschkerngroß	Nasenrücken	1962 Rö-Bestr. ausw. 1963 Rö-Bestr. 4800r	10. 1. 64 Tuexstirpation	reizlose Wundheilung Anpassen einer Epithese	Basaliom	kein				a) prim. Bestrahl.	1963 Recidiv und 1964 Recidiv Tu Exstirp.	2 Jahre	
Amalie U. 10. 7. 84 152/64	1952		kleines Knötchen	li Nasolabialfalte	1952 Rö-Bestrahlung auswärts	9. 4. 62 Tumorexstirpation 22. 7. 63 Excision eines linsengr. Tu-Recidivs mit Verkocherung d. Wundbetts 10. 2. 64 Recidivop.	reizlos	zylindromatöses Basaliom	1962 1963 1964				a) prim. Bestrahlg.	1962 Tu Exstrip. 1963 u. 1964 Recidivop.	2 Jahre	
Johann M. 16. 9. 99 766/63	1943	ziehende Schmerzen	5markstückgroßer Defekt d. re Wange	re Wange	1943 Rö-Bestr. 1950 Rö-Bestr. volle Tu-Dosis 1954 Tumorexstirpation ausw. 1960 Tu-Recidivop. ausw.	19. 7. 63, Exenteratio orbitae 15. 4. 64 Verschen eines Recidivs	erhebliche Defekte	Basaliom infiltrierend wachsend	1950 1954 1960 1963 1964	Histologie v. 5. 3. 64 Infiltrierend wachsendes Basalzell-Ca.	Lymphspalten entlang	a) lokal infiltr. b) keine	prim. bestrahlt	1943 u. 1950 Rö-Bestr. 1954 Tuexstirp. 1960 1963 1964	11 Jahre	

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße, Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Aloisia K. 24.1.91 4818/63	1962	dumpfes Gefühl am re Ohr	erbsengr.	re äußer. Ohr	18.6.63 Tu-Exstirpation	18.6.63 Operative Entf. d. Tu.	reizlose prim. Wundheilung	Basaliom	keine				prim. Op.		2 Jahre	
Anna W. 22.6.91 1046/63	1960		erbsengr. Warze	li Halsseite	1960 Warze entfernt u. Rö-bestrahlt auswärts	1.1.63 Excision d. Hauttu. am d. li Halsseite	reizlose prim. Wundheilung	Basaliom	keine				prim. Op.	kein	4 Jahre	
Maria W. 19.9.02 3802/63	30 Jahr.	unterhalb d. re Ohr offene Hautstelle u. am Larynxoberrand	10pfennigstückgroß erbsengr.	unterhalb d. re Ohrs u. Larynx oberrand	vor 30 Jahren Rö-Bestrahlg. wegen Ekzem	Vor 30 Jahren u. vor 5 Jhr. Rö-Bestrahlung 31.10.63 Tumorexstirp. am Hals re	reizlose Wundheilung	Basaliom	keine				prim. Bestrahl.	1963	2 Jahre	an 2 Stellen entwickelt sic ein Basaliom auf dem Boden eines Ekzems
Emil A. 20.5.92 4002/62	1961		erbsengr.	mittlere Muschel	1961 Rö-Bestrahlung 1962 Recidivop. ausw.	21.1.63 Kieferhöhlenop. nach Denker		infiltrierend wachs. Basaliom	kein	Basalzell-Ca. (1963)		lokal infiltr.	prim. bestrahlt	1962 1963	3 Jahre	
Christian B. 30.5.12 3494/62	1960	Nase schlecht luftdurchg.	kastaniengroße	Nasenspitze u. Nasensteg	30.11.62 Op.	30.11.62 Op. Absetzen d. Nasenspitze Kieferhöhlenradikalop. nach Denker und Transmaxiliäre Siebbeinausräumung	sek. Heilung	Basaliom	kein				prim. Op.	kein	4 Jahre	1963 u. 1964 plastische Op. zur Deckung d. Defekts

Name, Alter Lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße, Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive a) b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikanen
Georg H. 24.4.92 1460/61	38 Jahren	Eiterung hinter dem li Ohr nach Splitterverletzung	10pfennigstückgroßer knotenförmiger Defekt	untere Hälfte der li Ohrmuschel u. äuß. Gehörgang	1923 Eiterung am li Ohr 1943 Eiterung, Radiumbestrahlung 1954 Recidiv	13.6.55 Tu-exstirpat. 19.8.-2.9.55 Nachbestrahlung 5000r 15.9.55 Koagulation der Wunde 15.10.-25.10.55 Nachbestrahlung ins. 6000r 23.9.57 Recidivop., Abtr. d. restl. Muschel u. weite elektrochir. Umschneidung 2810.57 Rö-Bestrahlung 4.10.61 Sequester entf.	während der Behandlung Urticaria am ganzen Körper u. Ohrmuschelexzem. Wunde reizlos, Thierschlappen angeheilt Wunde zeigt keine Heilungstendenz (1962)	Basaliom	1943 1954 1955 1957 1961	Basalzell-Ca		lokal	prim. Radiumbestrahlung 1943	1943 1954 1955 1957 1961	38 Jahre	Osteomyelitis
Ratka M. 14.3.22 1606/52	3 Mon.	Sehstörung auf d. re Auge u. d. re Stirn Kopfschmerzen öfters Nasenbluten	u. Nasennebenhöhlen	re mittlere u. untere Muschel blumenkohlartig verdickt	Seit 3 Mon. Sehstörung auf d. re Auge	4.12.62 Carotisunterbildung oberhalb d. Abgangs d. Thyroidea Op. d. Nasen-u. Nebenhöhlentu. K. H. nach Denker Stirnhöhle n. Riedel 14.12.62 Nervenklinik Rö-Bestrahlung	reizlose Wunde	Basaliom, infiltrierend wachsend in Lymphspalten eingebrochen					prim. Op.		1 Jahr	Amaurose re Auge da Tu. u. Opticus eingewachsen ist.

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidiv bei a) bei b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Anna B. 1.6.86 405/61	1941	Seit 1/2 Jahr Schwerhörigkeit re		Ohrmuschel re u. Gehörgangshinterwand u. Mittelohr	1941 Op. Entfernung eines Ohrmuschelbasalioms 1958 Rö-Bestrahlung	16.3.61 Entfern. d. Gehörgangstu. d. in die mittl. u. hintere Schädelgrube eingewachsen ist. 14.4.-8.5.61 Nachbestrahlung 1080r	gute Wundheilung	Basaliom	1958 1961				prim. bestrahlt		2 Jahre	Facialisparese Metastasierung in die mittlere Schädelgrupe
Balthasar W. 3.3.81 891/59	1941	behinderte Nasenatmung	Markstück-groß	Geschwulst an der Nase u. re Wange	1941 Geschwulst an der Nase, Röbestrahlung, nach 1/2 Jahr Recidiv, wieder bestrahlt 16.5.57 E-39	14.2.55 Excision des Tu. im Bereich d. Oberlippe, re Wange u. Nasenfl. 31.6.56 Rec. Op. li Wange 6.9.56 Rec. op. 16.5.57 Excision eines Rec. aus der Flügelgaumengrube 12.11.57 Rec. u. plast. Verschluß d. re Nasenfl. 6.7.58 Rec. Op. mit Oberlippenplastik	komplikationsloser Verlauf	Basalzell-Ca mit Übergang in Plattenepithel Ca.	1955 1956 1957 1958	Übergang in Plattenepithel Ca.		Lymphknoten			4 Jahre	
Leopold B. 7.7.82	1939	erbsengr. nässendes, nicht schmerzendes Ulcus am li Gehörgang	erbsengr.	li Gehörgang u. Ohrmuschel	1951 Rö-Bestrahlung eines 3Markstückgr. Ulcus 6200r 1953 Elektrochir. Entfernung	20.11.56 Tu-Exstirpation	sek. Wundheilung	Basalzell-Ca.	1953 1956	Plattenepithel Ca		lokal	prim. Bestrahlung	a) 1953 1956	11 Jahre	

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße, Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a)prim. Bestrahl. b)prim. Op.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
H. Kl. 14.3.05 238/63	1924	Bartflechte die 1924 bestrahlt wurde	erbsengr.	Nasenrücken- u. Nasenscheidewand	1924 Rö-Bestrahlung 1957 Recidiv 1960 Ulcus	19.10.60 Tu-Op. d. Nasenrücken u. Nasensteg 1912.60 Bildung eines Schwenklappens 7.4.61 Fortsetzung d. Nasenplastik 6.10.61 Recidiv 19.4.62 Recidiv am Naseneingang 14.3.63 Bildung einer Oberlippe durch Schwenklappen von d. Wange 12.7.63 Recidiv auf hartem Gaumen Op. 15.11.63 Tu-Rec. 2.11.64 Tu-Rec.		infiltrierend wachsendes Basaliom	1957 1960 1961 1962 1963 1964	Basalzell-Ca		lokal infilt. am harten Gaumen	Bestrahlung einer Bartflechte	1957 1960 1961 1962 1963 1964	14 Jahre	
Rosina L. 3.6.05 1684/63	1950	5Markstückgr. Ulcus	5Markstückgroß	Oberer Rand d. re Ohrmuschel	Rö-Bestrahlung 1950 1957 Recidiv	5.12.63 Recidiv Ohrmuschelteilresekt.	reizlose Wundheilung	infiltrierend wachsendes Basaliom	1957 1963				prim. Bestrahl.			
Luitpold R. 20.10.88 149/63	1/4 Jahr	Schmerzen am Hals	erbsengr.	oberhalb d. Schildknorpels	23.1.63 Tu-Exstirp.		reizlose Wundheilung	Basaliom					prim. Op.		2 Jahre	

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Franz D. 29.11.95 226/63	1930	Ekzem an der re Wange	Markstückgr. Ulcus	re Wange	1930 Ekzem re Wange 1940 Geschwür re Wange Rö-Bestrahlung 1960 Ulcus an der Stirne	3.2.61 Tu-Exstirpat. 17.2.61 Exenteratio Orbitae 17.4.61 E39 lokal 30.5.61 Tu-Recidiv u. Fortführung d. Plastik in mehreren Sitzungen 12.2.63 Recidiv-Op. 26.6.63 Recidivop. v. harten Gaumen aus 2.11.63 Recidivop. 30.6.64 Recidiv-Op.	reizlose Wundheilung	infiltrierend wachsendes Basaliom	1940 1960 1961 1963 1964	Basalzell-Ca	der perineur. Lymphscheiden entlang wachsend	lokal infiltr.	prim. bestrahlt	Recidive nach 10 Jahren 1940 anschließend Rö-Bestr. Recidiv nach 20 Jahren 1960 Op. Recidive 1961 1963 1964	34 Jahre	
Cäcilie H. 27.10.02 688/63	1942	keine Beschwerden	erbsengr. Knötchen	li Unterlid	1942 Bestrahlungsserien ausw.	1950 Recidivop. 3.7.56 Exenteratio Orbitae u. Siebbeinausräumung 26.6.59 Entfernung eines walnußgr. Recidivs am li lat. Augenwinkel 29.1.60 Recidivop. 6.4.61 Recidivop. eines kastaniengr. Tu. der in die Orbitahöhle wächst 30.11.62 Tu-Op. in Flügelgaumengrube in total entfernt 2.5.63 Recidiv-Op.	komplikationsloser Heilungsverlauf reizlose Wunde	infiltrierend wachsendes Basaliom in os zygomaticum und Flügelgaumengrube	1953 1954 1956 1959 1960 1961 1962 1963				prim. Bestrahl.	1942 Bestr. 10 Jahre (10 Jahre Recidiv frei) 1954 Recidiv 1956 1959 1960 1961 1962 1963		

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Franz D. 29.11.95 226/63	1930	Ekzem an der re Wange	Markstückgr. Ulcus	re Wange	1930 Ekzem re Wange 1940 Geschwür re Wange Rö-Bestrahlung 1960 Ulcus an der Stirne	3.2.61 Tu-Exstirpat. 17.2.61 Exenteratio Orbitae 17.4.61 E39 lokal 30.5.61 Tu-Recidiv u. Fortführung d. Plastik in mehreren Sitzungen 12.2.63 Recidiv-Op. 26.6.63 Recidivop. v. harten Gaumen aus 2.11.63 Recidivop. 30.6.64 Recidiv-Op.	reizlose Wundheilung	infiltrierend wachsendes Basaliom	1940 1960 1961 1963 1964	Basalzell-Ca	der perineur. Lymphscheiden entlang wachsend	lokal infiltr.	prim. bestrahlt	Recidive nach 10 Jahren 1940 anschließend Rö-Bestr. Recidiv nach 20 Jahren 1960 Op. Recidive 1961 1963 1964	34 Jahre	
Cäcilie H. 27.10.02 688/63	1942	keine Beschwerden	erbsengr. Knötchen	li Unterlid	1942 Bestrahlungsserien ausw.	1950 Recidivop. 3.7.56 Exenteratio Orbitae u. Siebbeinausräumung 26.6.59 Entfernung eines walnußgr. Recidivs am li lat. Augenwinkel 29.1.60 Recidivop. 6.4.61 Recidivop. eines kastaniengr. Tu. der in die Orbitahöhle wächst 30.11.62 Tu-Op. in Flügelgaumengrube in total entfernt 2.5.63 Recidiv-Op.	komplikationsloser Heilungsverlauf reizlose Wunde	infiltrierend wachsendes Basaliom in os zygomaticum und Flügelgaumengrube	1953 1954 1956 1959 1960 1961 1962 1963				prim. Bestrahl.	1942 Bestr. 10 Jahre (10 Jahre Recidiv frei) 1954 Recidiv 1956 1959 1960 1961 1962 1963		

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße, Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestr. b) prim. Op.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Anton Z. 15.12.82 1068/55	1954	Hörverschlechterung am re Ohr	kirschkerngroß	Gehörgang	seit 1 Jahr bemerkt d. Pa. t daß das re Ohr verstopft ist	28.6.55 Tu-Exstirpat. mit Gehörgangsresektion	reizlose Wundheilung	zylindromatöses Basaliom	kein Rec. 8.6.57				prim. Op.		2 Jahre	
Michael H. 8.6.89 416/63	1950	Inkomplette periphere Facialisparese	kirschgr. Schwellung	li innerer Augenwinkel seit 1956 Ausdehnung auf Nasenwurzel	seit 1950 inkomplette Facialisparese 1952 Rö-Bestrahlung	11.2.52 Kieferhöhlenop. Caldwell Luc. 1955 Rö-Bestr. 8.3.55 Septumresekt. w/behinderter Nasenatmung 21.4.-3.5. 56 Rö-Bestr. volle Tu-Dosis 4000r 2.11.-29.11.56 Nachbestr. 5200r 4.2.59 Stirnhöhlenop. nach Riedel 1.4.22.4.59 Rö-Bestrahlg. 5184r 6.11.61 Recidivop. am re Augenw. 26.3.63 Rec. Entfernung u. Verschl. eines Defekts an d. Nasenwurzel	gute Heilungstendenz	Basaliom	1955 1959 1961 1963	Basalzell-Ca (Histolog. 7.11.59)			prim. Bestrahlung	Rec. b. Bestrahlung 1955 1959 1961 1963	prim. 11 Jahre	
Stefan B. 1.5.85 11753/63	1958	öfters Nasenbluten	kirschkerngr. Warze	Nasensteg	Seit 5 Jahren Warze am Nasensteg, die er schon mehrmals mit der Schere abgeschnitten hat	8.1.64 Op.	gute Wundheilung	Basaliom	nicht ersichtlich				prim. Op.			
Josef St. 18.3.88 9663/64	1961	am äußeren Gehörgang fingernagelgroßer Epitheldefekt	fingernagelgr.	Ohrmuschel	Vor 3 Jahren Rö-Bestrahlung ausw. 1962 Rö-Bestrahlung	21.1.64 Absetzen d. Ohrmuschel re.	gute Wundheilung Thierschung d. äußeren Gehörgangs	Basaliom	1963				prim. Bestrahlung	Rec. 1963	3 Jahre	

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße, Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive a) b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Jakob J. 27.10.02 93/62	1947	Schwellung am Nasenaugenwinkel	taubeneigroß	Nasenaugenwinkel	1947 Op. 1953 erneute Schwellung am Nasenaugenwinkel	6.7.62 Op. Tu-Exstirpation u. transnasale Siebbeinausräumung	reizlose Wundheilung	Basaliom	1962				prim. Op.		2 Jahre	keine
Franz S. 10.1.09 3033/62	1962	Schmerzen am re Ohr	erbsengr.	re Gehörgang u. Mittelohr	26.7.62 Radikalop.	26.7.62 Radikalop. re Ohr 20.9.62 Paukenrevision	sek. Heilung	zylindromatöses Basaliom	1962				prim. Op.		2 Jahre	Taubheit re Ohr
Anna F.. 2 .3.79 1724/60	1944	nässendes Ulcus li Ohrmuschel	10pfennigstückgroß	Ohrmuschel li	1944 Rö-Bestrahlung 1948 dto. 6500r 1952 dto. 9000r	9.12.54 Op. Excision d. Tumors 13.12.60 Abtragung d. Ohrmuschel li u. Thierschung	sek. Heilung	Basaliom	1948 1952 1954 1960	Basalzell Ca (1960)		lokal	prim-Rö-Bestrahl.	1948 1952 1954 1960	12 Jahre	
Therese M. 22.5.90 1079/60	1950	nässende Wunde am li Ohr	Markstückgroß	li Ohrmuschel	1950 Rö-Bestrahlung	24.6.58 Excixion d. Tu. am li Ohrmuschelrand 18.60 Tu-Recidiv am Hinterrand d. Thierschlappens	reizlose Wundheilung	Basaliom	1958 1960				prim. Rö-Bestrahl.	1958 1960	7 Jahre	
Joannis P. 24.8.07 733/60	1953	Schmerzen am li Ohr u. li Kieferwinkel	Pflaumengroß	li Ohrmuschel	1953 Abtragung der li Ohrmuschel anschl. Bestrahlung	16.5.60 Radikalop. d. li Ohrs	sek. Heilung	Basaliom	1960				prim. Op.	1960	2 Jahre	Taubheit li Ohr
Peter Johann 2.11.96 816/60	1956	Blutung am Nasenrücken	kirschgroß	Nasenrücken		11.7.56 Op. Entfernung d. Tu. u. Septumresek. 20.6.60 op. Entfernung d. Tu-Rec. 4.8.60-24.9.60 E 39 u. 4970r Rö-Bestr. 8.8.60 Halslymphdr. ausräumung	Verhärtungen im Narbenbereich	zylindromatöses Basaliom (1956)	1960	Basalzell-Ca (1960)		Halslymphdr.	prim. Op.	1960	4 Jahre	

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-größe	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße, Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Maria W. 10.9.02 1432/64	30 Jhr.	nässende Wunde am Ohr und am Larynx	kirschkerngroß	am Ohr und Halsmitte	Vor 30 Jahren wegen eines Exzems am Hals mehrere Bestrahlungen auswärts	31.10.63 Excision ein. Basalioms 2.10.64 Recidivop. 4.10.64 Recidivop.	reizlose Wunde prim. Heilung	Infiltrierend wachsendes Basaliom	2.10.64 Recidiv 4.12.64 Recidiv				a) bestrahlt vor 30 Jahren b) Op.	2.10.64 Recidiv. 4.12.64 Recidivop.	2 Jahre	komplikationslos
Sebastian H. 10.1.00	Juli 1961	In der Retroauricularfalte ein pfenniggr. Ulcus, das bis zum Mastoid reicht.	pfenniggroß	retroauriculär	Seit 1960 Geschwür retroauriculär, das nicht heilte.	1961 Rö-Bestrahlung ausw. 30.1.62 Ablatro d. li Ohrmuschel 31.8.62 Wundrevision, Thierschl.	sek. Heilung mit chron. Osteomyelitis d. Planum Mastoid	Basaliom	kein				a) 1961 Rö-Bestrahlung ausw. b) 30.1.62 Op. Ablatro d. li Ohrmuschel	keine	5 Jahre	chron. Osteomyelitis des Planum Mastoid
Franziska Z. 647/64	April 1963	Ohrschmerzen li	kirschgroßer Tu	äußerer Gehörgang li	Ohrschmerz seit 1 Jahr, keine Hörverschlechterung, keine Sekretion 4.4.64 P.H. ausw.	28.4.64 Tumorexstirp. und Thierschl.	reizlose Wundheilung	zylindromatös gebautes Basaliom	kein				b) prim. Op.	kein Recidiv	1 Jahr	komplikationslos
Kreszent B. 21.1.99 693/64	1942		walnußgroß	weicher Gaumen	1942 Operation eines Gaumen tu. ausw. anschließend eine Radium- u. Rö-Pendelbestrahlung	12.12.51-18.1.52 Rö-bestrahlung insges. 5600r 23.1.-25.1.52 zusätzl. 800r Rö-Bestrahlg. 2.2.-10.2.61 30 mg E 39 16.2.61 Tumorexstirpation 14.3.61 Recidivop. 12.5.64 Recidivop. 14.12.64 P.E. Recidiv.	Wunde reizlos verheilt Defekt mit Obturator verschloss.	zylindromartig differenziertes Basaliom	1952 1961 1964				a) 1942 prim. bestrahlt ausw. 2.2.-10.2.61 E 39 b) 16.2.61 Tumorexstirpation 1964 Recidivop.	14.3.61 Recidivop. 12.5.64 Recidivop.	12 Jahre	Gaumendefekt wird durch Obturator verschlossen.

Name, Alter lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tumorgröße	Lokalisation	Tu-anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Plattenepithel Ca	Wachstum entlang Gefäße Venen	Metastasen a) lokal b) Fernmetast.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive a) b)	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Gertrud E. 29.11.1875	1954	Ohrschmerzen	kirschkerngr.	Ohrmuschel	keine Behandlung bis zur Klinikeinweisung	27.1.-4.2.56 4000r R-Bestrahlung	gute Heilungstendenz	Plattenepithel Ca mit Verhornung das stellenweise an ein Basaliom erinnert	1956	Plattenepithel-Ca.		lokal	prim. Bestrahlung	1956	1 Jahr	
Robert H. 28.5.03 137/56	1944	nicht heilendes Ulcus	Tu vor u. hinter dem Ohr	li Ohr	keine Behandlung bis zur Klinikeinweisung	E 39 in Tu (1120mg insges.) v. 28.1.-8.2.56 20.2.56 Radikalop.		Plattenepithel Ca das stellenweise an ein Basalzell-Ca erinnert		Plattenepithel-Ca.		lokal infiltrierend	prim. Op.		1 Jahr	
Johann Sch. 23.12.05 235/57	1956	Brennen im re Auge u. Schläfengegend		Orbita re	20.8.56 Tu-Exstirpation u. Exenteratio Orbitae	1.2.57 Rec. verstorben am 8.2.57		Basaliom	1957			a) Einbruch in Knochen	prim. Op.	1957	1 Jahr	

Lfd. Nr. Name, Alter	Beginn seit	Beschwerden	Tu-Größe	Lokalisation	Tumoranamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Metastasen lokal	Metastasen fern	Recid. prim. Op.	Recid. prim. Bestrahl.	Recidive a)	Recidive b)	Komplikationen	Beobachtungszeit
Anna K. 30.11.08 1308/63	1951	Schwellung im Bereich der re Ohrspeicheldrüse Schmerzen am re Ohr	klein	re Ohrspeicheldrüse	1956 Parotistu-diagnost.	13.12.63 Parotitektomie	prim. Heilung	Parotismischtu.										Facialisparese aller 3 Äste	13 Jahre
Erhard K. 23.12.18	1960	Schwellung unter d. re Kieferwinkel	walnußgr.	re Kieferwinkel	1960 Bestrahlungen	21.3.61 Op. Entfernung d. Tu. mit 6 Bestrahlungen 2.10.62 Recidivop. mit Parotitektomie 17.10.63 Excision eines kl. Knotens	sek. Heilung	Parotismischtu.	1962 1963										4 Jahre
Walburga R. 30.4.16 1277/63	1953	erbsengr. Knötchen hinter dem li Ohr	apfelgr.	hinter dem li Ohrläppchen	1955 Teilresektion der Parotis mit Tu-Entfernung 1959 Recidivop.	5.12.63 Tu-Exstirpation mit Parotitectomie	prim. Heilung	Parotismischtu.	1959 1963										11 Jahre
Ernst Sch. 19.6.46 355/63	1962	keine Schmerzen	kastanien-groß	li Kieferwinkel		5.4.63 Exstirpation des Tu.	prim. Heilung	Parotismischtu.											2 Jahre
Georg Sch. 21.1.85 1331/63	1963	derbe Geschwulst re Wange		re Kieferwinkel	30.12.63 Tu-Exstirpation 14.1.64 Parotitektomie	30.12.63 Tu-Exstirpation 14.1.64 Parotitekt.		Malign. Parotismischtu				Lymphdrüsenmet.		prim. Op.				zentrale Durchblutungsstörung	3 Jahre
Lisa S. 14.11.61 995/63	1963	Abstehen des li Ohrläppchens	klein apfelgr.	Parotis		2.10.63 Parotitekt.	prim. Heilung	Parotismischtu.						prim. Op.					2 Jahre
Josef Z. 7.3.43 1660/63	1961	Schwellung re Parotis	klein-apfelgr.	re Kieferwinkel	1962 Op. ausw. mit Bestrahlung	3.12.63 Exstirpation eines Parotismischtu.	prim. Heilung	Parotismischtu	1963					prim. Op. anschl. bestrahlt		1963			3 Jahre
Ernst G. 47 J. 458/61	1960	Schwellung li Parotis		li Kieferwinkel		24.3.61 Tu-exstirpation	prim. Heilung	Parotismischtu						prim. Op.					3 Jahre
Berta M. 1964/61	1902	nicht schmerzhafte Schwellung	pfirsichgr.	vor dem li Ohr	1902 1. Op. 1941 2. Op.	6.10.61 Recidivop.	prim. Heilung	Parotismischtu.	1941 1961					prim. Op.		1941 1961			59 Jahre

Lfd. Nr. Name, Alter	Beginn seit	Beschwerden	Tu-Größe	Lokalisation	Tu-Anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Metastasen lokal	Metastasen fern	Recid. prim.	prim. Op. Bestrahl.	Recidive a)	Recidive b)	Komplikationen	Beobachtungszeit
Hans-Josef M. 29.1.12 5969/63	1963	Schwellung der li Speicheldrüse ohne Schmerzen	pflaumengr. derbe Geschwulst mit gut verschiebl.	li Kieferwinkel		23.7.64 Tumorexstirpation u. subtotale Parotidektomie	prim. Heilung	Parotismischtu.											2 Jahre
Maria Sch. 22.9.89 1750/64	1964	Schwellung am li Kieferwinkel	hühnereigr. Geschwulst	unterhalb des li. Ohrläppchens	seit 6-8 Jahren Geschwulst	30.11.64 subtotale Parotidektomie	prim. Heilung	Parotismischtu.											1 Jahr
Clemens F. 4.10.93 1712/64	1956	kleine Geschwulst der li Parotis, die in den letzten Jahren zunahm	hühnereigr. Geschwulst	unterhalb des li Ohrläppchens	Seit 6-8 Jahren Geschwulst	30.11.64 subtotale Parotidektomie	prim. Heilung	Parotismischtu											8 Jahre
Gertrud P. 11.4.25 260/64	1963	Schwellung hinter dem li Ohr	hühnereigr.	unterhalb des li Ohr	Seit 1 Jahr Schwellung	9.3.64 Entfernung des Parotistu und der gl. Parotis	prim. Heilung	zylindromatös gebauter Parotismischtu.			in perineurale Lymphscheiden eingewachsen							Facialisparese	1 Jahr
Marianne S. 15.4.18 433/64	1958	Schwellung am li Unterkieferwinkel	pflaumengr. derbe Geschwulst	li Unterkiefer	seit 6 Jahren	3.2.64 Exstirpation eines Parotismischtu	prim. Heilung mit starker knorpeliger Differenzierung	Parotismischtu											6 Jahre
Marianne S. 17.3.09 93/64	1963	langsam wachsender Tu re Kieferwinkel	hühnereigr.	1 Jahr	24.1.64 Parotitektomie	prim. Heilung		Parotismischtu											1 Jahr
Wally H. 4.9.27	1962	langsam wachsende Geschwulst hinter dem re Ohr	haselnußgr.	unterhalb des re Ohrs	1 Jahr	5.7.63 Entfernung eines Parotismischtu im ob. Anteil d. Parotis	prim. Heilung	Parotismischtu											2 Jahre
Gabriel H. 2.1.35 1123/63	1962	Schwellung der re Parotis	hühnereigr. Geschwulst			24.10.63 Parotisexstirp.	prim. Heilung	Parotismischtu											2 Jahre

Lfd. Nr. Name, Alter	Beginn seit	Beschwerden	Tu-Größe	Lokalisation	Tumoranamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entlang Gefäße	Metastasen lokal	Metastasen fern	Recidive	prim. Op. prim. Bestrahl.	Recidive a) b)	Komplikationen	Beobachtungszeit
Lothar K. 20.11.13 1201/59	1947	ziehende Schmerzen im Bereich des re Oberkiefers	haselnußgr.	Wange re	1947 und 1954 operative Tu-entfernung	43.58 2. Tu-Exstirpat. 6.8.59 e. Tu-Exstirp. 21.10.59 Radium 16.3.61 Tu-Recidivop. 9.8.62 Tu-Exstirpat.-Rec. Jan.65 Tu-Exstirpat.Rec.	prim. Heilung	maligner Parotis-mischtu	1954 1958 1959 1961 1962 1965			Juli 1962 Hals-lymph	Lungen met.li Unter-feld (1962)		prim.Op. 1961 Radium einlage		Facialis-parese	17 Jahre
Edda G.	1958	harte Geschwulst vor dem li Ohr	taubeneigr. derbe Geschwulst	re Wange	1959 1. Op. Tu-Entfernung auswärts	26.5.64 totale Parotidektomie	prim. Heilung	infiltrierend wachsend. Parotismischtu.	1964					1964	prim.Op.		keine	6 Jahre
Werner D. 28.12.26 701/64	1964	ziehende Schmerzen des li Ohrläppchens	haselnußgr. derber nicht verschiebl. Knoten	unterhlb. d.li Ohrläppchens	22.5.64 Tumorexstirpation	22.5.64 Tumorexstirpat.	prim. Heilung	Parotis-mischtu							prim.Op.		keine	1 Jahr
Elisabeth E. 4.7.21 1128/64	1954	erbsengr. Verdickung am re Kieferw. ohne Schmerzen	kastaniengr. derbe indolente Schwellung	re Kieferwinkel	1958 1. Op. Tu-Entf. 1959 Recidiv-Bestrahl. 1960 2. Op. Tu-Entf.	12.3.64 Parotitektomie 10.8.64 Recidivop. Jan.65 Recidivop.		Parotis-mischtu.	1959 1960 1964 (2 x)		Lymphgef.		7.8.64 Lungenmet. festgestellt		prim.Op. 1959 Bestrahlung			10 Jahre
Ferdinand K. 6.11.22 526/64	1960	brettharte Schwellung an re Kieferwinkel	haselnußgr.	re Kieferwinkel	1960 Op. Entfernung 1960-64 4 Recidivbestrahlungen mit je 2100r	13.4.64 Parotitektomie	sek. Heilung	Parotis-mischtu		Carcinomatös					prim.Op. 1. Bestrahlung (1961)		Facialis-parese	4 Jahre
Josef Sch. 8.12.03 193/63	1961	starke Schmerzen in der re. Gesichtshälfte	pflaumengroß	unterhalb des re Ohr	1962 Op. auswärts	5.3.64 Parotitektomie 23.9.63 Recidivop. 29.11.63-2.1.64 Bestrahlung 5400r.	sek. Heilung	maligner Parotis-mischtu.	1963	zylindromalös entarteter Parotis-mischtu		Lymphknoten-metastasen 7.3.63					Einbruch in Schädelbasis Warzenfortsatz und Facialisparese	Exitus 28.2.64 3 Jahre

Lfd. Nr. Name, Alter	Beginn seit	Beschwerden	Tu-Größe	Lokalisation	Tumoranamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Metastasen lokal	Metastasen fern	Recid.	prim. Op. prim. Bestrahlung	Recidive	Komplikationen	Beobachtungszeit
Maria K. 1416/60	1959	Parotisgeschwulst		re Parotisgegend	1953 Parotistu. ausw. entfernt	5. 5. 60 Recidivop.	prim. Heilung	Parotismischtu.	1960						prim. Op.	1960		2 Jahre
Martha S. 8. 3. 04 683/59	1944	erbsengr. Knötchen		vor dem li Ohr		4. 2. 59 Entferng. d. Parotistu. unter Erhaltung d. gl. Parotis	prim. Heilung	Parotismischtu.							prim. Op.			16 Jahre
Maria K. 12. 12. 89 1349/64	1962	indolenter Tu.	taubeneigr.	vor dem li Ohr		9. 1. 57 Exstirpation des Tu	prim. Heilung	Parotismischtu.							prim. Op.			14 Jahre
Manfred S. 20. 7. 36 1349/64	1962	indolenter Tu.	pflaumengr.	Parotisgegend		3. 7. 64 Tu-Exstirpation u. Teilresekt. der Parotis	prim. Heilung	Parotismischtu.							prim. Op.			3 Jahre
Werner S. 11. 2. 21 725/64	1937	indolenter linsengr. Tu.	linsen- bis kleinapfelgr. Tu	li Wange	14. 10. 59 Op. Tu-Exstirpation	23. 3. 60 Tu-Exstirpation Recidiv 27. 2. 62 Recidivop. (perph. Facialispar. 8. 3. 63 Recidivop.	komplikationsloser Heilverlauf	Parotismischtu.	1960 1962 1963 1964	zylindromatös entartet		Lymphknotenmetast. li. Kieferwinkel	1960 1962 1963 1964	prim. Op.		Facilisparese d. I. u. II.	24 Jahre
Julius S. 23. 10. 05 583/56	1956	indolent	erbsengr.	hinter dem li Ohr		9. 4. 56 Tumorexstirpation in L. A.	komplikationslos	Parotismischtu.										3 Jahre

Lfd. Nr. Name, Alter	Beginn seit	Beschwerden	Tumorgr.-	Lokalisation	Tumoranamn.	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Metastasen lokal	Metastasen fern	Recidive a	prim. Op. prim. Bestrahl.	Recidive a)	Recidive b)	Komplikationen	Beobachtungszeit
Mathilde R. 30.1.01	1961	Schluckbeschwerden	faustgr.	Mundboden u. Oberkiefer	1961 Op. ausw.	keine Behandlung wegen ausgedehnter Metastasen		1961 Zylindrom d. glandl. subling.	1964			Oberkiefer	Lungenmetastasen	1964	prim. Op.	1964			4 Jahre
Martin U. 138/64	1962	Zahnschmerz u. Schmerzen am Gaumen	markstückgr. Ulcus	Geschwür am harten Gaumen	1962 Op. am Gaumen ausw.	keine Behandlung		Zylindrom			Lymphgefäße	Oberkiefer	Lungenmetastasen u. Halslymphknoten	1964	prim. Op.	1964			2 Jahre
Gertrud M. 27.10.07 706/56	1950	ziehende Schmerzen bis hinters Ohr ausstrahlend	markstückgr. Ulcus	Mundboden u. Zungenspitze re gl. submandibularis ausgehend	1950 Tu-Exstirpation	13.7.51 2. Tumorexstirpation 25.2.52-29.3.52 Rö-Bestr. 4620g+800r auf d. Mundboden. 9.5.66 Tumorexstirp. aus d. li Mundbodenhälfte. 5.6.56 Tumorexstirp. d. Zungengrund Tu re E 39	sek. Heilung	Zylindrom	1951 1952 1956					1951 1952 1956	prim. Op.	1951 1952 1956	Glossopharyng u. Trigeminus-Neural.	11 Jahre
Hedwig M. 6.5.97 1681/57	1956	Schwerhörigkeit u. Blutungen aus dem li Ohr	erbsengr.	Gehörgang li	23.10.57 Radikalop. d. li Ohrs. 18.11.57 Rö-Bestrahl. 5.580r/T	23.10.57 Radikalop. d. li Ohr 18.11.57 Röbestrahlung 5.580r/T	sek. Heilung	Zylindrom		nicht verhorntes Plattenepithel-Ca.	Lymphgefäße	lokal-metast.						2 Jahre	
Walburga Ch. 22.3.1904 408/60	1959	keine		Epipharynx	Seit 1/2 Jahr Gewichtsabnahme	14.1.60 Caldwell-Luc Transmaxillaere Tumorexstirp. 7.4.60 Honer' sche Syndrom u. Hypeglossislähmung		malignes Zylindrom	1960		Lymphgefäße	lokal infiltr. Schädelbasis		prim. Op.					1.1.62 verstorben
Ludwig B. 19.9.10 994/64	1954	Kieferhöhlen-eiterung seit einigen Jahren	erbsengr.	Nasenwinkel li	1958 Op. ausw. 1959 Zahnextraktion	2.10.61 Caldwell-Luc 17.1.62 Tumorexst. aus Mundvorhof und d. Kieferhöhle, d. Nasenbodens u. Septus, d. li Nasenflügels u. d. Wangenpartie 14.7.64 Recid. am Alveolerkamm	sek. Heilung	Zylindrom	1958 1959 1961 1962 1964			Einbruch in Knochen Oberkiefer u. Alveolarfortsätze	1958 1959 1961 1962 1964	prim. Op.					10 Jahre

Lfd. Nr. Name, Alter	Beginn seit	Beschwerden	Tumorgröße	Lokalisation	Tumoranamn.	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Metastasen lokal	Metastasen fern	Recidive prim. Op.	prim. Bestrahl.	Recidive a)	Recidive b)	Komplikationen	Beobachtungszeit
Barbara H. 22.10.18 1998/64	1951	Stirnkopf schmerz	kirschgr.	Oberkieferhöhle		22.6.64 Oberkieferresek.	prim. Heilung	Zylindrom						kein	prim. Op.				3 Jahre
Alois W. 11.6.06 1401/57	1956	behinderte Nasenatmung u. blutiger Schnupfen	kleinapfelgr.	li Kieferhöhle	(ausw. keine Behandlung)	3.8.57 Oberkieferresekt.	prim. Heilung	Zylindrom						1959	prim. Op.	1959		Asthma bronchiale 11.62 Pat. verstorben	4 Jahre
Barbara L. 30.1.11 42/57	1955	Schmerzen beim Schlukken u. Ohrschmerzen	erbsengr.	Larynx Tu. plica laryngo-epiglottica		5.7.56 Horizontale Laryngxresekt. 11.9.-19.10. 4500r Rö-Tiefenbestrahlg.	prim. Heilung	zylindromalöses Basaliom						kein	prim. Op. (mit Nachbestrahl.)				7 Jahre
Oskar G. 22.6.65 720/62	1961	Vorwölbung d. harten Gaumens Prothese paßte nicht mehr		gesamter Gesichtsschädel re (Oberkiefer Nase Epiph.)		keine Therapie mehr möglich wieder Bestrahlung nach Op.		Zylindrom					Lungenmetast.		20.4.63 ad exitum				1/2 Jahr
Josef S. 25.2.10 8217/63	1962	behinderte Nasenatmung u. Schwerhörigkeit	kirschkerngr.	Epipharynx		16.8.63 Op.	prim. Heilung	Zylindrom						kein	prim. Op.				2 Jahre
Johann E. 23.12.09 1073/63	1960	Druckgefühl am li Unterkieferwinkel	kirschkerngr.	li Kieferwinkel	1961 PE ausw.	15.10.63 Exstirpat. d. re gl. submand.	prim. Heilung	Zylindrom						kein	prim. Op.	kein			3 Jahre
Albrecht E. 26.1.07	1960	Kopfschmerzen in Bereich der re Schäfe	kirschgr.	untere Nasenmuschel		17.1.61 Erweiterte Kieferhöhlenpo. nahh Denck	prim. Heilung	Zylindrom						kein	prim. Op.				3 Jahre
Benedikt B. 1.3.10 426/64	1963	behinderte Nasenatmung		mittlere Muschel Kieferhöhle Siebbein		30.1.64 Septumresekt. 25.3.64 Kieferhöhlenop. nach Caldwell-Luc mit Siebbeinausräum.	prim. Heilung	Zylindrom						kein	prim. Op.				1 Jahr

Lfd. Nr. Name, Alter	Beginn seit	Beschwerden	Tumorgr.	Lokalisation	Tumoranamn.	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Metastasen lokal	Metastasen fern	Recidive	prim. Op.	Recidive prim. Bestrahl.	Recidive a)	Recidive b)	Komplikationen	Beobachtungszeit
Josef G. 1665/60	1957		erbsengr.	Ohrmuschel li	1957 Op. ausw. 1958 Bestrahlung ausw. Dosis nicht ersichtlich	6.12.60 Tumorexstirp. Ansatz der li Helix u. praeauricular	sek. Heilung	Zylindrom	1958 1960					1958 1960	prim. Rö-Bestr.					3 Jahre
Alfred S. 13.11.31 306/03	1956	roter schmerzender Fleck	fingerendgliedgroß	Oberkiefertu.	1957 anläßl. einer Zahnextraktion PE	3.6.58 Oberkieferresekt. 1.61 Recidivop. re Nase u. Exenteratio orbitae 1959 Recidivop. 1960 Oberkiefer mit Nachbestr. 1963 analgetische Rö-Bestr.	sek. Heilung	Zylindrom	1959 1960 1961 1963		Lymphgefäße	lokal Lunginfiltr. in die vordere u. mittl. Schädelgrube eingedr.	gen- meta- sta- sen	1959 1960 1961 1963	prim. Op.				Einbruch in vord. u. mittl. Schädelgrube	6 Jahre
Helene K. 1402/61 39 Jahre	1952	schlechte Nasenatmung	kirschgr. am harten Gaumen	Kieferhöhlen u. Nasenrachenraum Epipharynx	1952 ausw. Op. u. anschl. Bestrahlung	13.10.61 Tuexstirp. aus Kieferhöhle lat. Nasenwand Orbitaboden, weichen Gaumen u. Epipharynx	sek. Heilung	Zylindrom	1961					1961	prim. Op.					9 Jahre
Anna K. 314/61 39 Jahre	1961	Nasenbluten u. behinderte Nasenatmung	erbsengr.	Epipharynx Tu		13.3.61 Transmaxillaere Tumorexstirp.	prim. Heilung	Zylindrom							prim. Op.					1 Jahr
Josef P. 2.8.99 690/62	1959	Schluckbeschwerden	klein apfelgr.	Zungengr.		25.5.59 Tuexstirp. am Zungengrund 7.5.62 Verkochen d. Recidivs am Zungengrund	gute Heilung	Zylindrom	1962 1963					1962 1963	prim. Op.					4 Jahre
Maria M. 27.5.96 4124/62	1961	Verdickung der Zunge	pflaumengr.	Zunge		keine Behandlg. da Totalresektion d. Zunge vorgenommen werden mußte u. Tu. sehr Strahlenresistent ist		Zylindrom												
Felicitas W. 1050/63	1956	behinderte Nasenatmung	pflaumengr.	Kieferhöhle	1958 Abtragung einer hyperplast. Nasenmuschel	20.6.58 Op. Kieferop. nach Dencker 21.3.60 Recidivop. 29.5.61 dto. Exenteratio orb. 22.10.63 Recidivop.	sek. Heilung	Zylindrom	1960 1961 1963				Lungenmetastasen	1960 1961 1963	prim. Op.	1960 1961 1963			Exenteratio orbitae	8 Jahre

Lfd. Nr. Name, Alter	Beginn seit	Beschwerden	Tumorgr.	Lokalisation	Tumoranamn.	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Metastasen lokal	Metastasen fern	Recidive prim. Op.	Recidive prim. Bestrahl.	Recidive a)	Recidive b)	Komplikationen	Beobachtungszeit
Michael W. 23.1.1911 810/63	1947	behinderte Nasenatmung		Kieferhöhle	1947 Kieferhöhlenop. 1956 Kieferhöhlennachop. mit anschl. Rö-Bestrahl. ausw.	12.12.57 Oberkieferresekt. von faustgr. gut abgegrent. Tu. der die lat. Nasenwand, Siebbein bis zur Keilbeinhöhle ausfüllte 22.12.61 Exenteratio orbitae (keine Metast.) 27.5.63 re Schädelbasis u. Septum-Rec. Op.	prim. Heilung	malignes Zylindrom	1956 1957 Rö-Be. 1961 1963				1956 1957 1961 1963	prim. Op. 1957 Rö-Bestr.			keine	17 Jahre
Johanna L. 5.3.31	1955	Protrusio bulbi		Orbita u. Kieferhöhle	8.3.60 Exenteratio Orbitae	9.10.62 Recidivop. li Augenhöhle u. Kieferhöhle 19.5.63 Orbitahintergrund 11.6.64 Tumor-Rec. op. li Augenhöhle	prim. Heilung	Zylindrom	1962 1963 1964				1962 1963 1964	prim. Op.	1962 1963 1964			9 Jahre
Dorothea W. 16.2.03 172/56	1951	zunehmende kirschgr. Atemnot		Trachea (endotracheale Struma	1951 Strumektomiert (extratracheale u. endotracheale Struma entfernt) 1951 Radiumeinlage 50mg	24.7.52 Rö-Pendelbestr. 5720r 12.11.53 Totalexstirp. 8.11.53 Tu ins Hypopharynx (Witzelfistel) 15.2.55 Tu Recidiv 20.10.55 Lymphdrüsenexstirp. 25.1.56 E 39 i.V. und lokal		zylindromalöses Epitheliom		Carcinomalös entartetes zylindr. Epitheliom		Lymphdrüsenmetast. 20.10.55	Lungenmet. re Unterfeld u. li Lungenober-Feld 16.11.55	prim. bestr.			2.4.56 Exitus	

Lfd. Nr. Name, Alter	Beginn seit	Beschwerden	Tumorgr.	Lokalisation	Tumoranamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Übergang in Ca	Wachstum entl. Gefäße	Lokalisation a) Fernmet. b) Lokalmet.	Behandlung a) prim. Bestrahl. b) prim. Op.	Recidive	Beobachtungszeit	Verlauf Komplikationen
Martha H. 12.1.28 93/63	1951	Ohrsausen	Tu.d. Pauke	1951 Radikalop.	24.1.63 Nachop.u. Tu-Exstirpation		Glomus-Tu	1963							12 Jahre	5.2.63 Lungenembolie ad exitum
Else Z. 1.11.07 305/63	1949	Halbseitenkopfschmerz	Tu.d. Pauke	Radikalop. li Ohr 1949 wegen Ohrpolypen 1950 Nachop. 1956 Nachop.	9.1.60 Nach-Radikal-Op. mit Labyrinthektomie 20.2.62 Recidivop. 1.4.63 Borkenentfern.	Cerebrale Komplikationen	Glomus-Tu	1950 1956 1960 1962 1963				1960 örtl. infiltrier. in mittl. Schädelgrube	prim. Op.		14 Jahre	Gleichgewichtsstörung Facialisparese, Recurrensparese
Helmut Sch. 21.1.43 1646/60	1960	behinderte kirschgr. Nasenatmung	Epipharynx		9.12.60 Caldwell Lut mit Eröffnung der Flügelgaumengrube	komplikationslos	Glomustu.								4 Jahre	
Barbara A. 2.3.01 177/60	1958	Stirnkopfschmerz und Sehverschlechterung Hörverschlechterung mit Ohrensausen	Pauke - Glomus jugulare-tympanicum		2.8.60 Tu-Entfernung u. Radikalop. li Ohr	komplikationslos	Glomus-Tu								3 Jahre	komplikationslos
Gerhard G. 18.6.16 1147/59	1956	Schwellung an tauben d. li Halsseite eiergr.	Carotis	1956 1. Tu. Op. ausw.	29.3.57 Op. Unterbindung d. Carotis comm. 24.7.49 Recidivop.	komplikationslos	Glomus-Tu.	1957 1959					prim. Op.	1957 1959	4 Jahre	
Kreszenz S. 356/59	1957	Schwellung pflaumenli Halsseite gr.	Glomus caroticum		3.3.57 Tu-Exstirpat.	komplikationslos	Glomus-Tu						prim. Op.		4 Jahre	
Mathilde Sch. 12.9.10	1951	Schwellung kleinapli Halsseite felgr.	Glomus caroticum	Juli 1954 Tu-Exstirpat. anschl. Rö 4400r	1956 E 39 19.4.56 Tu-Exstirp.	sek. Heilung	Glomus-Tu					Metastase in Halsdrüse u. supraclav.	prim. Bestrahl.			
Maria H. 10.9.98 2427/04	1959	Schwerhörigkeit, Drehschwindel, Augenflimmern	Glomus jugulare	Pat. lehnt stat. Aufn. ab			Glomus jugulare									
Mariluise H. 11.8.29 859/64	1961	Ohrschmerzen li, Schwerhörigkeit	Glom. jugulare	1961 ausw.	6.7.64 Tu-Exstirpat.	komplikationslos prim. Heilung	Glomus-Tu.								4 Jahre	

Name, Alter Lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-Größe	Lokalisation	Tu-Anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Lokalisation d. Recidive	Übergang in Ca.	bei a) prim. Op. b) prim. Bestrahl.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungs- zeit	Verlauf Komplikationen
Franz M. 8. 8. 03 216/63	1962	Heiserkeit	kirsch- kern	re Stimmbd. vord. Drittel bis zur vord. Kommisur		8. 2. 63 Abtra- gung eines Larynxpap.	Stimme gebessert	Larynxpa- pillom				prim. Op.		2 Jahre	komplikations- los
Leonhard P. 17. 7. 01 807/63	1948	Atemnot u. Heiser- keit		vord. Commis- sur des li Stimm- bandes	1948 ausw. Papillom- abtragung	Nov. 1950 Re- cidivpapillom- entf. Jan. 1951 Pa- pillomentf. April 1951 dto. Dez. 1952 dto. (bis 1958 kei- ne Papillome mehr) Okt. 1958 u. Feb. 1959 Re- cidivpapillom- entf.	gute Stimme	Kehlkopf- papillome ohne An- halt f. Maligni- tät	1950 1951 1952 1958 1959	vord. Komm.		prim. Op.		seit 18. 3. 59 keine Papil- lome mehr Nachschau 13. 8. 63 15 Jahre	
Karl B. 5. 1. 96 1278/63	1956	Heiserkeit		vord. Kom.	1957 1. Pa- pillomabtra- gung	31. 8. 58 Reci- divpap. 27. 8. 59 dto. 4. 5. 60 dto. 12. 4. 62 Papill. 5. 3. 63 Papill.	Stimme gut	Larynxpap.	1958 1959 1960 1962 1963	vord. Komm.		prim. Op.		8 Jahre	
Walter H. 23. 7. 23 3031/62	1961	ständig heiser		vord. Kom.		29. 9. 62 Papil- lomabtragung	Stimme gut	Larynxpap.				prim. Op.		3 Jahre	
Franz H. 17. 5. 01 43/62	1958	Heiserkeit		li. Sinus Morgandi	19. 12. 61 1. Abtragung v. Larynxpap. 9. 1. 62 La- rynxpapill. Abtragung	14. 8. 62 La- rynxpapill. Abtragung	Stimme gebessert	Larynxpap.	1962			prim. Op.	4	4 Jahre	
Alois H. 57 Jahre 762/62	1959	Heiserkeit		am vord. Rand d. re. Stimmbd. u. subglot- tisch		25. 5. 60 Pa- pillom- Abtragung	Stimme gut	Larynx- papillome				prim. Op.		2 Jahre	

Name, Alter Lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-Größe	Lokalisation	Tu-Anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Lokalisation	Übergang in Ca	bei a) prim. Op. b) prim. Bestrahl.	Recidive bei a) b)	Beobachtungs-zeit	Verlauf Komplikatioenn
Lothar Sch. 25. 9. 02 850/59	30 J.	Heiserkeit u. Struma		Larynx vord. Komm.	vor 30 Jahren 1. Mal Papillomabtragung ausw.	21. 9. 58 Papillomabtragung	keine Atemnot mehr	Larynxpap.	1958	Larynx		prim. Op.		20 Jahre	
Arno F. 27. 8. 20 1144/60	25 J.	zunehmende Heiserkeit	erbsengr.	Öarymx vord. comm.	vor 25 J. 1. Papillomabtragung	3. 10. 60 Papillomabtragung	gebessert	Larynxpapillome	1960	Larynx		prim. Op.		25 Jahre	
Roderich Adolf 16. 6. 07 319/63	1962	Heiserkeit	blumenkohlgr.	re Stimmbd.	1 Jahr Heiserkeit	15. 3. 63 Papillomabtr.	gut	Larynxpapillome		re Stimmbd.		prim. Op.		2 Jahre	
Andreas Z. 30. 10. 12 1555/55	1931	Heiserkeit		1931 1. Papillomabtr. 1955 2. Papillomabtr. bd. Stimmbd. hint. Drittel	20 Jahre Heiserkeit	27. 9. 55 Papillomabtr. u. LA	gebessert	Larynxpap.	1955	bd. Stimmbd.		prim. Op.		25 Jahre	
Josef K. 12. 8. 91 65/62	1954	Heiserkeit	Blumenkohlgr.	re Stimmbd.	1954 Papillomabtragung 1956 Rö-Bestrahlung auswärts (bis zur vollen Hautdosis)	1962 Klinikaufnahme-Papillomabtragung. Nach Erhalt der Histologie Totalexstirpation vorgesehen - wegen schlechten Allgemeinzustands nicht durchzuführen	keine Behandlung mehr, da infiltrierend in Oesophagus vorgedrungen	1954 Larynspap. 1962 Plattenepithel-Ca.	1954 1962	re Stimmbd.	Plattenepithel-Ca	prim. Op.	1956 1962	8 Jahre	infiltrierend wachsend - Oesophagus

Name, Alter Lfd. Nr.	Beginn seit	Beschwerden	Tu-Größe	Lokalisation	Tu-Anamnese	Behandlung	Zustand nach Behandlung	Histologie	Recidive	Lokalisation d. Recidive	Übergang in Ca	bei a) prim. Op. b) prim. Bestrahl.	Recidive bei a) bei b)	Beobachtungs-zeit	Verlauf der Komplikationen
Kurt B.	1930	Atemnot u. Heiserkeit		v. hinteren Drittel d. re Stimmbd.	1939 Papillom Abtragung ausw.	21. 5. 59 Recid. Pap.-Abtragung	Stimme gebessert	Stimmbd.-pap.	1959			prim. Op.	Reci	20 Jahre	
Franz P. 24. 3. 36 282/60	1948	Stimme aphonisch		vord. Stimmbd. Drittel	1948 Papillom Abtragung	30. 12. 59 indirekte Laryngoskopie Papillomabtr. 25. 2. 60 Recidivabtragung 1. 10. 60 Recidivabtragung 28. 10. 60 Laryngofissur	Stimme gebessert	Larynxpap.	1959 1960	vord. Comm.		prim. Op.		12 Jahre	
Franz S. 43 Jahre 1543/59	1949	Stimme heiser	erbsengr.	vord. Com		17. 4. 49 Papillomabtragung u. L. A. 7. 10. 59 indirekte Laryngoskopie - Papillomabtragung	gebessert	Larynxpap.	1947 1959	vord. Com.		prim. Op.		10 Jahre	
Rudolf F. 1. 1. 07 1572/57	1957	Heiserkeit		vord. re. Stimmbd.		25. 9. 57 indirekte Laryngoskopie Papillomabtr.	gebessert	Lanryxpap.	1957	vord. Stimmbanddrittel		prim. Op.		1 Jahr	
Wolfgang D. 23. 6. 21 1106/55	1943	Heiserkeit		Bd. Stimmbd. durch Papillome verdeckt	1944 Papillom 1947 1954 1954 ausw.	30. 6. 55 Papillomentfernung 20. 3. 56 Recidiventfernung		Larynxpap.	1947 1954 1955 1956	bd. Stimmb.		prim. Op.		12 Jahre	
Frieda Sch. 1. 1. 97 1319/55	1933	Heiserkeit		am Taschenbd. li u. subglottisch	1935 Papillomabtragung ausw.	10. 8. 55 Papillomabtragung	Stimme gebessert	Larynx-papillome	1935 1955	bd. Stimmband		prim. Op.		20 Jahre	

STATISTIK

Wie unsere tabl. Übersicht zeigt, fanden sich, soweit die Krankengeschichten zur Verfügung standen, insgesamt 127 Fälle von sog. semimalignen Geschwülsten. Sie umfassen folgende Tumoren: Fibrosarkome, Basaliome, Parotismischtumore, Zylindrome und Glomustumore. Davon entfielen auf die

Zylindrome	24 Fälle
Fibrosarkome	6 Fälle
Basaliome	42 Fälle
Parotismischtumoren	29 Fälle
Glomustumoren	8 Fälle

Außerdem wurden noch 18 Fälle von Larynxpapillomen bei Erwachsenen registriert.

Wenn man nun auf die einzelnen Fälle eingeht, stellt man fest, daß bei den Fibrosarkomen die längste Verlaufzeit 19 Jahre, bei den Basaliomen, den Parotismischtumoren und Zylindromen 17 Jahre und bei den Glomustumoren 14 Jahre betrug.

Tabelle 7

Das Alter des ersten Auftretens der semimalignen Geschwülste war bei Männern

zwischen Jahre	Fibrosarkome	Basaliome	Parotismischtu	Zylindrome	Glomustumore
10 u. 20	-	-	3	-	1
20 u. 30	1	1	2	1	
30 u. 40	-	2	3	-	-
40 u. 50	1	6	2	2	1
50 u. 60	-	4	3	5	-
60 u. 70	2	6	1	4	-
70 u. 80	1	5	1	-	-

Tabelle 8

Das Alter des ersten Auftretens der semimalignen Geschwülste war bei Frauen

Zwischen Jahre	Fibrosarkome	Basaliome	Parotismischtu	Zylindrome	Glomustumore
10 u. 20	-	-	1	-	-
20 u. 30	-	-	-	1	-
30 u. 40	-	4	5	1	1
40 u. 50	1	1	4	4	3
50 u. 60	-	3	1	3	2
60 u. 70	-	8	2	3	-
70 u. 80	-	2	1		-

Das Alter des ersten Auftretens dieser semimalignen Geschwülste war in einem Fall zwischen 10 und 20 Jahren. Die Alterskurve erreicht ihren höchsten Gipfel zwischen 40 und 50 Jahren (s. Tabelle 1 und 2).

Behandlungsmethoden

Von den 109 Fällen von Fibrosarkomen, Basaliomen, Parotismischtumoren, Zylindromen und Glomustumoren sind in unserer Klinik 64 Fälle erstbehandelt worden und 45 Fälle auswärts vorbehandelt. Von den bei uns primär behandelten Fällen sind rein operativ 52 Fälle und eine kombinierte operative Behandlungsmethode mit Bestrahlung in 12 Fällen durchgeführt worden. Bei den auswärts vorbehandelten Fällen sind primär operativ behandelt 15 Fälle, primär bestrahlt 21 Fälle und eine kombinierte operative Behandlungsmethode mit Bestrahlung in 9 Fällen durchgeführt worden.

Tabelle 9

	Erstbehandlung in unserer Klinik	Erstbehandlung auswärts
Fibrosarkomen	4	2
Parotismischtu.	21	8
Basaliome	18	24
Zylindromen	16	8
Glomustu.	5	3

Tabelle 10 Prim. Behandlungsmethoden bei Fällen die auswärts erstbehandelt sind

	Op.	Bestrahlung	Op. u. Bestrahlung
Fibrosarkomen	1	1	-
Parotismischtu	4	2	2
Basaliomen	2	18	4
Zylindromen	5	-	3
Glomustu.	3	-	-

Tabelle 11 Behandlungsmethoden der in unserer Klinik erstbehandelten Fälle

	Op.	Bestrahlung u. Op.
Fibrosarkomen	2	2
Parotismischtu	19	2
Basaliomen	13	5
Zylindromen	13	3
Glomustu	5	-

Tabelle 12 Übersicht über die Recidive und die Verlaufzeit

Verlauf-zeit	Fibrosarkome Anz.d. Fälle	Rec.	Basaliome Anz.d. Fälle	Rec.	Parotismischtu. Anz.d. Fälle	Rec.	Zylindrome Anz.d. Fälle	Rec.	Glomustu. Anz.d. Fälle	Rec.
	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
2	2	1x 1x	10	10 1x 3 2x	1	2x	2	1x 2x	-	-
3	1	3x	3	2 2x 1x	2	2x 1x	2	1x 1x		
4	-	-	2	2 2x	2	2x 3x	1	2x	4	1x 1x 1x 1x
5	-	-	-	-	-	-	1	3x		
6	-	-	1	3x	3	3 1x 1 4x				
7	-	-	3	3 2x	-	-	1	4x		
8	-	-	-	-	-	-	1	3x		
9	-	-	-	-	-	-	1	5x		
10	-	-	2 1	1 4x 1 2x	1	3x	1	5x		
11	-	-	3	1 2x 1 6x 1 7x	1	2x	1	2x		
12	-	-	2	2 2x	-	-	-	-	1	1x
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	2	1 3x 1 5x	-	-	-	-	1	3x
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	-	-	1	3x	1	5x	-	-	-	-
18	-	-	-	-	-	-	1	3x	-	-
19	1	5x	-	-	-	-	-	-	-	-

Recidive

Recidive zeigen sich bei allen semimalignen Geschwülsten in 64 Fällen. Hierbei sind primär operativ behandelt worden 28 Fälle, primär bestrahlt wurden 20 Fälle und eine kombinierte operative Behandlungsmethode mit Bestrahlung wurde in 16 Fällen durchgeführt. Dabei wurden in unserer Klinik primär operativ 13 Fälle behandelt und eine kombinierte operative Behandlungsmethode mit Bestrahlung in 9 Fällen durchgeführt. Bei den auswärts vorbehandelten Fällen sind 15 Fälle primär operativ und 20 Fälle primär bestrahlt und eine kombinierte Behandlungsmethode in 7 Fällen durchgeführt.

Die Lokalisation der Fibrosarkome, Basaliome und Zylindrome war in 17 Fällen an der Nase, in 5 Fällen am Oberkiefer und in 2 Fällen am weichen Gaumen. In einem Fall war die Lokalisation am Mundboden, in 2 Fällen an der Zunge und in 7 Fällen an der Kieferhöhle. In 2 Fällen wurde der Tumor am Oberteil der Trachea, in 3 Fällen am Larynx, in 2 Fällen am Epipharynx, in 21 Fällen am Ohr, in einem Fall am Gehörgang, in 4 Fällen am Augenlid und in 4 Fällen am Hals sowie in einem Fall an der Wange festgestellt.

Tabelle 13 Anzahl der Recidive bei auswärts vorbehandelten Fällen

	prim. Op. Anz. d. Rec.	Fälle	prim. bestr. Anz. d. Rec.	Fälle	op. u. bestr.	Fälle
Fibrosarkome	1	1	-	-	-	-
Parotismischtu	8	4	4	2	6	2
Basaliome	4	2	45	18	8	4
Zylindrome	13	5	-	-	1	1
Glomustu	5	3	-	-	-	-

Tabelle 14 Anzahl der Recidive bei in unserer Klinik prim. behandelten Fälle

	prim. op. Anz. d. Rec.	Fälle	prim. op. u. bestrahlt Anz. d. Rec.	Fälle
Fibrosarkome	11	2	3	2
Parotismischtu	5	2	7	2
Basaliome	4	2	3	3
Zylindrome	12	4	5	2
Glomustu.	3	3	-	-

Tabelle 15 Vorkommen der semimalignen Geschwülste

	Fibrosarkome	Basaliome	Zylindrome
Nase u. Nasenrücken	1	11	5
Oberkiefer	-	1	4
weicher Gaumen	-	2	-
Mundboden	-	-	1
Zunge	-	-	2
Kieferhöhle	1	-	6
Trachea	-	-	2
Larynx	3	-	-
Epipharynx	-	-	2
Ohr	-	19	2
Gehörgang	1	-	-
Augenlid	-	4	-
Hals	-	4	-
Wange	-	1	-

Maligne Entartung

Bei den Fibrosarkomen haben wir einen Fall,der in ein fibroplastisches Sarkom entartet ist. Bei den Basaliomen haben sich 9 Fälle zu einem Basalzell-Ca, 2 Fälle zu einem zylindromartig differenzierten Basaliom und2 Fälle zu einem Plattenepithel-Ca entwickelt. Bei den Zylindromen entwickelte sich 1 Fall in ein carcinomatös entartetes Zylindrom mit Lungenmetastasen, 2 Zylindromfälle zeigten Lymphdrüsen und Lungenmetastasen und bei 2 weiteren Zylindromfällen konnten wir einen Einbruch in das Knochengewebe feststellen.

Bei den Parotismischtumoren ist ein Fall carcinomatös entartet und 4 Fälle haben sich zylindromatös und basaliomatös entartet und zeigen in 3 Fällen lokale Metastasen, in einem Fall kam es zu Fernmetastasen.

Tabelle 16 Maligne Entartung

Gattung	histol. Diagnose	Anzahl d. Fälle	Histol. Diagnose d. entart. Tum.	Metastasen lokal	Metastasen fern	Recidive	Sektionsbefund
Fibrosark.	Fibrom	1	fibroplast. Sarkom polymorph zelliges Fibrosarkom			5 x	fibroplast. Sarkom
Basaliome	Basaliome	9	Basalzell-Ca	2		5 F. 3x 1 F. 4x 1 F. 5x 1 F. 6x 1 F. 7x	
		2	zylindromart. diff. Basaliom	-	-	3x u. 4x	
		2	Plattenepithel-Ca.	-	-	4x u. 3x	
Zylindrome	2 zylindromat. Mischtu.	2	Zylindrom	1x Lymph. dr.	1x Lung. met.	3x; 2x	
	1 Zylindrom	1	carcinom. entart. Zylindr.		Lung. met.	4x	
	Zylindrom	6	Zylindrome	3x Lymph. dr.	3x Lung. met. 2x Einb. Knoch.	3 F. 2x 1 F. 5x 1 F. 4x 1 F. 3x	
Parotismischtu.		4	zylindrom. u. basaliom. entart. Parotismischtu.	3x	1x		
		1	carcinomatös entartet. Parotismischtu.			3x	

Tabelle 17 Übersicht über die Beobachtungszeit

Beobachtungszeit nach Jahren	Fibrosarkomen	Basaliomen	Parotismischtu.	Zylindrome	Glomustu.
1	2	7	10	4	-
2	2	12	2	4	-
3	-	3	4	5	2
4	1	4	3	2	4
5	-	-	-	1	-
6	-	1	4	-	-
7	-	3	1	2	-
8	-	-	1	1	-
9	-	-	-	2	-
10	-	2	1	1	-
11	-	4	1	1	-
12	-	2	-	-	1
13	-	-	-	-	-
14	-	2	1	-	1
15	-	-	-	-	-
16	-	-	-	-	-
17	-	2	1	1	-
18	-	-	-	-	-
19	1	-	-	-	-
20	-	-	-	-	-
über20	-	-	-	-	-

DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG

In unserer Arbeit können wir über 127 Geschwülste berichten, die alle das Sigel der sog. Semimalignität haben. Hiermit bezeichnen die Pathologen jene Gattung von Tumoren, die zwar histologisch die Zeichen der Bösartigkeit vermissen lassen, klinisch jedoch nach vielen Jahren alle Merkmale der Malignität aufweisen können, sodaß der Geschwulstträger schließlich daran zugrunde gehen kann. Es ist bekannt, daß derartige Neubildungen besonders häufig in unserem Fachgebiet vorkommen, da sie meistens den Ausgang von den Geweben der Speicheldrüsen und des Zungengrundes nehmen. In unserer Klinik stießen wir immer wieder auf die Gegensätzlichkeit von gutartigen histologischen Befunden einerseits und bösartigem klinischem Verlauf andererseits. Wir sichteten deshalb das große Krankengut unserer Klinik und werteten es hinsichtlich verschiedener Eigentümlichkeiten beim Wachstum dieser Geschwülste durch die aufgezeigten Statistiken und histologischen Befunde aus.

Für die Auswahl der Tumorart war das Charakteristikum der histologischen Gutartigkeit und die Eigenschaft der Recidivbildung maßgebend. Hierunter fielen die Basaliome, die Parotismischtumoren, die Zylindrome, die Glomustumoren, die Fibrosarkome, die Papillome und die Chondrome. Letztere werden derzeit in einer eigenen Arbeit unserer Klinik zusammengestellt und wurden deshalb ausgeklammert.

Bei allen Tumoren fehlten bei der Erstuntersuchung die gemeinhin bekannten histologischen Kennzeichen der Bösartigkeit und fast alle Geschwülste zeigten ein gut abgekapseltes oder vorwiegend expansives Wachstum. Nirgends war histologisch eine auffällige Anaplasie der Geschwulstzellen, noch gehäuft Mitosen zu finden. Trotz des Fehlens histologischer Malignitätsmerkmale war es bei einigen Geschwülsten in ihren Endstadien dann zur Entwicklung eines Carcinoms oder Sarkoms gekommen. Diese immanente Malignität manifestierte sich bei derartigen Gewächsen klinisch schon viel früher und äußerte sich dann meistens in den Recidiven, so daß ausgedehnte Nachoperationen notwendig wurden. Morphologisch war die Malignität erst nach längerer Erkrankung feststellbar und die Metastasierung trat, wenn überhaupt, erst nach einer ganz bestimmten Entwicklungsphase auf.

Es konnte bei einigen Geschwülsten im histologischen Bild der Einbruch der Geschwulst in perineurale Lymphscheiden oder Venen nachgewiesen werden, also Charakteristiken, die sonst nur eindeutig bösartigen Tumoren eigen sind.

Überblickt man die in der Statistik und durch histologische Untersuchung gefundenen Ergebnisse, so ist hinsichtlich der Systematik dieser Tumoren zu sagen, daß sich diese nicht dazu eignen, eine wissenschaftlich gesicherte Grenze zwischen gutartigen und bösartigen Tumoren zu errichten. Sie geben vielmehr ein Beispiel, daß es fließende Übergänge zwischen Gut- und Bösartigkeit gibt.

Ein Faktor bei der Dignitätsbestimmung dieser Tumoren muß eine besondere Beachtung gewidmet werden und dies ist der Faktor Zeit. Unsere Zusammenstellung zeigt sehr deutlich, daß eine morphologisch gesicherte maligne Entartung oder eine Metastasierung dieser Tumoren eintreten kann. In der Regel ist es jedoch nach Ablauf von vielen Jahren und nach Ausbildung häufiger Recidive der Fall. Es muß offenbar schon eine ganz bestimmte Entwicklungsphase im Tumor und seiner Entdifferenzierung eingetreten sein, bis es zu klassischen Malignitätszeichen kommt. Durch die Tatsache, daß dem Kliniker die Progredienz der Malignität dieser Geschwülste durch deren Verlauf und an Hand der wechselnden Befunde viel eher und eindrucksvoller vor Augen gehalten wird als es bei den Pathologen, welche ja nur ein kleines Stückchen Gewebe und dann oft nur mit geringen klinischen Angaben versehen, zu beurteilen hat, wird die von vielen Pathologen geteilte Meinung einer Stufenbildung der Malignität (Roessle, Virchow, Hamperl) viel überzeugender als es oft selbst von den Pathologen angenommen wird. Eine genaue Beurteilung dieser sog. semimalignen Geschwülste ist eben vorwiegend nur aufgrund des klinischen Befundes und seines Verlaufs möglich.

Auch wenn der Pathologe die all den in unserer Arbeit erwähnten Tumoren auch nur eine geringe prospektive Progredienz (Günnel) zuschreibt, so muß sich der Kliniker im Klaren sein, daß diese Geschwülste, nachdem die Chancen der radikalen Frühoperation verpaßt sind, für den Patienten einen durchaus bösartigen und unheimlichen Verlauf nehmen können. Günnel hat schon festgestellt, daß diese Tumore ein zwar langsamres Wachstum aufweisen als es bei den Carcinomen und Sarkomen der Fall ist, doch erfolgt es sehr stetig und unaufhaltsam. Im einzelnen können für die therapeutischen Maßnahmen aus dem klinischen und morphologischen Verhalten dieser Tumoren eindeutige Schlußfolgerungen abgeleitet werden.

Auf keinen Fall sollte sich der behandelnde Arzt von dem histologischen Bild, das die Merkmale der Malignität vermissen läßt, zu schonenden Eingriffen veranlaßt sehen. Die

Eigenschaft dieser Tumoren, maligne entarten zu können, zwingt uns dazu, die Geschwulst auf operativem Wege so frühzeitig und so radikal wie möglich zu entfernen. Hierbei ist die Operation im Gesunden durch Schnellschnitte zu sichern. Gegebenenfalls sollte einem Patienten auch eine verstümmelnde Operation zugemutet werden, nach der keine Recidive oder Metastasen auftreten, als laufend wiederholte ungenügende operative Eingriffe, mit denen man dem Tumor oder seiner Recidive nur nachläuft.
Die primäre Röntgenbestrahlung lehnen wir ab. Wir haben bei den Zylindromen eher den Eindruck, daß sie das Wachstum nur noch mehr induziert haben.

Wenn man das Schicksal dieser Kranken anhand eines großen Krankengutes überblickt, und weiß, daß sich der Verlauf und das Wachstum dieser Geschwülste oft über viele Jahre hinzieht, wobei es dann ebenso zur Zerstörung des Organismus kommt, wie bei den eindeutig bösartigen Tumoren, dann ist der Schluß berechtigt, all diese Geschwülste von vornherein als bösartig anzusehen und Begriffe wie "histologisch gutartig" klinisch aber bedingt bösartig" zu vermeiden. Nur allzu leicht kann man sonst dem Irrtum erliegen, daß ein weniger radikaler Eingriff ausreichend sein könnte.

Zusammenfassung

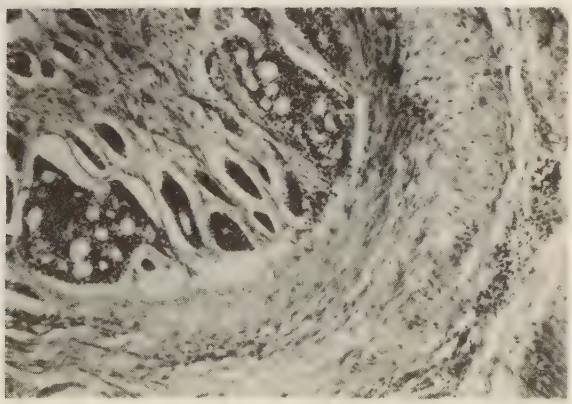
Die Aufgabe unserer Arbeit lag darin, alle sog. semimalignen Geschwülste anhand des Krankenguts unserer Klinik der letzten 8 Jahre zu betrachten. Es sollte an histologisch eindeutig gesicherten Fällen von Fibrosarkomen, Basaliomen, Parotismischtumoren, Zylindromen, Glomustumoren und Larynxpapillomen bei Erwachsenen das klinische Verhalten dieser Geschwülste beurteilt werden. Insbesondere sollte an diesen 127 Fällen untersucht werden, ob diese Bildungen eine Tendenz zu maligner Entartung, d.h. zu echten autonomen Wachstum, Metastasierung und Recidivierung zeigen, oder ob sich ihre Entwicklung im Rahmen der Benignität bewegt.

Wir konnten in unserer Statistik nachweisen, daß bei diesen histologisch als gutartig bezeichneten Tumoren sich im Laufe von mehreren Jahren in 64 Fällen immer wiederkehrende Recidive auftraten. Histologisch konnte teilweise ein Einbruch in das umliegende Gewebe, in die perineuralen Lymphscheiden und die Gefäße nachgewiesen werden.

In 9 Fällen zeigten sich bei einem über Jahre sich erstreckenden Krankheitsverlauf Lokalmetastasen und in 5 Fällen Fernmetastasen. 23 Patienten sind an einem kaum aufzuhaltenden sich über Jahre hinziehenden Wachstum dieser Tumoren in die Nachbarregionen zugrunde gegangen.

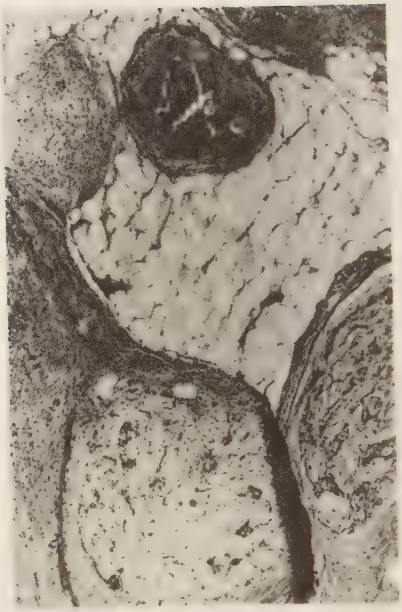
Daraus ergeben sich für die Therapie dieser semimalignen Geschwülste ganz entscheidende Konsequenzen: Der Operateur darf seinen Eingriff nicht vom gutartigen histologischen Bild allein abhängig machen, sondern soll die Geschwulst wie Malignome betrachten und sie schon bei der Erstoperation möglichst weit im Gesunden entfernen, um einer späteren Recidivierung entgegenzutreten. Die Operation im Gesunden ist durch Schnellschnitte aus den Randgebieten zu sichern. Eine prim. Röntgenbestrahlung lehnen wir ab; wir haben bei den Zylindromen eher den Eindruck daß sie das Wachstum nur noch mehr induziert. Wir fordern deshalb bei all diesen Geschwülsten dauernde klin. Kontrollen nach der Operation.

Abb. Typischer basaliomatöser Tumor



Intravasales Wachstum eines zylindromatösen Mischtumors.

Abb. Multizentrische Entstehung
eines Parotismischtumors



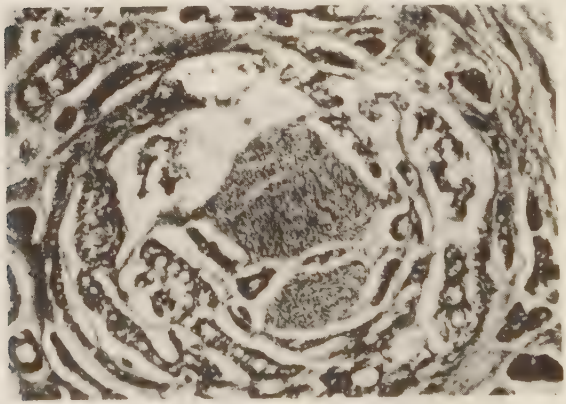


Abb. Einbruch eines Zylindroms
in perineurale Lymphscheiden

Abb. Umwandlung des Basalioms nach 8 jähriger Krankheitsdauer in ein Plattenepithel-Ca. Durchwanderung des Basalioms von der Kopfschwarte entlang der Diploe-Venen durch den Knochen und Einbruch in die harte Hirnhaut.

Literaturverzeichnis

v. Albertini, A.: Histologische Geschwulstdiagnostik
Thieme-Verlag Stuttgart 1955

v. Albertini, A.: Das Malignitätsproblem in histologisch-zytologischer Betrachtung.
Verh. dtsch. path. Ges. 35, 54 (1951)

Bailey, H.: The treatment of tumours of the parotid gland.
Brit. J. Surg., 28, 337 ff, 1941

Bauer, K.H.: Das Krebsproblem
Springer 1949

Becker, W.: Die Klinik der Erkrankungen der großen Kopfspeicheldrüsen
z. Laryng. Rhinol, 37, 205 (1958)

Becker, W.: Zur Diagnostik und Therapie des Cylindroms
Med. Welt, 29, 1215 - 1216, 1960

Berendes, J.: Das klinisch maligne Papillom
HNO (Berl) 9, 265 (1961)

Billroth, Th.: Beobachtungen über Geschwülste der Speicheldrüsen.
Virch. Arch., 17., 357 ff, 1859

Böck, J.u.F. Feyerter: Über das Interstitium der epithelialen Geschwülsten der Schleim- u. Speicheldrüsen
Z. Krebsforschung 66, A 6 (1964)

Böhme, P.E.: Recidivoperationen bei Geschwülsten der Speicheldrüsen. Cir. Prax. 6, 381 (1962)

Borst, M.: Pathologische Histologie.
Ein Unterrichtskurs für Studierende und Ärzte.
J. F. Bergmann-Verlag München 1950

Borst, M.: Lehre von den Geschwülsten
F. Bergmann, Wiesbaden, 1902

Büchner, F.: Die Morphologie der Krebsentstehung.
Therapiewoche 10, 1 (1960)

Büngeler, W.: Allgemeine Pathologie der Geschwülste unter besonderer Berücksichtigung der zylindromatös gebauten Gewächse des Gesichts und der Mundhöhle. Dtsch. zahnärztl. Z.

Büngeler, W.: Die Definition des Geschwulstbegriffes und die Abgrenzung der Hyperplasien gegenüber den Geschwülsten.
Vrh. dtsch. path. Gs. 35, 10 (1951)

Dontenwill, W.: Die jetzigen Kenntnisse und theoretischen Vorstellungen von der Ätiologie und Pathogenese bösartiger Geschwülste. Med. Klin. 48, 1949 (1963)

Dancot, H.: Les cylindromes des glandes salivaires: Ettude de 19 cas Bull. Ass. franc. Cancer, 40, 383 - 396, 1953

Eigler, G.: Über Endotheliome, Peritheliome, Zylindrome und ähnliche Tumoren der oberen Luftwege. Arch. Ohr. -Nas. -u. Kehlkopf-Heilkunde 132, 209 - 253, 1932

Eigler, G.: Soll man Parotismischtumoren und Zylindrome noch röntgenbestrahlen? Med. Klin., 37, 47. Jahrg., 1221 - 1223, 1952

Frendel, K.: Zylindrome des äußeren Gehörgangs. Arch. Ohr. -Nas. -u. Kehlkopf-Heilkunde 177, 290 - 296, 1961

Feyrter, F.: Zur Frage der Endokrinie des sog. Speicheldrüsenmischtumors. Dtsch. med. Wschr. 86, 335 - 339, 1961

Foote, F.W. and Frazeell, E. L.: Tumors of the major salivary glands, Cancer, 6, 1065 ff, 1953

Gastpar, H.: Die Tumoren des Glomus Caroticum, Glomus Jugulare-Tympanicum und Glomus Vogale. Acta Oto-Laryngolagica Supplementum 167, 7 - 38, 1961.

Günnel, F.: Zur "fakultativen Malignität" der Zylindrome und Parotismischtumoren Arch. Ohr. -Nas. -u. Kehlkopf-Heilkunde 170, 1-32, 1956.

Hamperl, H.: Über die Gutartigkeit und Bösartigkeit von Geschwülsten". Verh. dtsch. path. Ges. 35, 29 (1951)

Hamperl, H.: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. Springer Verlag, Berlin 1960.

Hamperl, H.: Das Onkocytom der Speicheldrüsen. Z. Krebsforschung 64, 427 (1962).

Hueck, W.: Morphologische Pathologie Thieme-Verlag, Leipzig, 1955.

Hueck, W.: Zur Morphologie der Basaliome Virchows Arch. path. Anat. 314; 137-161;1947.

Komprecher, E.: Zur Histiogenese und Morphologie der Mischgeschwülste der Haut, sowie der Speichel- und Schleimdrüsen.
Beitrg. path. Anat., 44, 51 ff, 1908.

Komprecher, E.: Über die Beziehungen zwischen Epithel- und Bindegewebe bei den Mischgeschwülsten der Haut und der Speicheldrüsen und über das Entstehen der Karzino-Sarkome.
z. pathol. Anat., 44, 88 ff, 1908.

Lang, F. J.: Patholog. Anatomie der großen Kopfspeicheldrüsen.
Zitiert nach Henke, F. und Lubarsch, O.: Handbuch der speziellen patholog. Anatomie und Histologie, Band V, Teil 2: Verdauungsdrüsen, J. Springer, Berlin 1924.

Langer, E.: Histopathologie der Tumoren der Kiefer- und der Mundhöhle. G. Thieme, Stuttgart 1958.

Langer, E.: Die gutartigen Gewächse im Bereiche des Gesichts und der Kiefer.
Zitiert nach Schuchardt, K.: Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie
Band IV, 251 ff, 1958.

Lüscher, E.: Zur Behandlung der Parotistumoren.
Schweiz. med. Wochenschr. 93, 207 (1963).

Mc Farland, J.: Three Hundred mixed Tumors of the Salivary Glands.
Surg. Gync. a. Obst, 63, 457 ff, 1936.

Mehnert, H.: Zur Klinik der Zylindrome im Mund- und Kieferbereich
Dtsch. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, 26, 462 ff, 1957.

Mehnert, H.: Die Zylindrome im Kieferbereich unter besonderer Berücksichtigung ihrer Metastasierungsfähigkeit
Fortschr. Kiefer- u. Gesichtschirg. 4, 371 - 374, 1958.

Oltersdorf, U.: Morphologie und Klinik der sog. Zylindrome.
Arch. Ohr.-Nas.-Kehlkopf-Heilk. 155, 365 ff, 1949.

Rauch, S.: Die Speicheldrüsen des Menschen.
G. Thieme, Stuttgart 1959.

Redon, H.: Chirurgie des glands salivarcures Masson et Cie, Paris 1955.

Redon, H.: Le treutement des tumeurs de la parotide. Zitiert nach Schuchardt. Die Zahn-, Mund-Kieferheilkunde Band III, Teil 2, 894 ff, 1958.

Rehrmann, A.: Beitrag zur "konservativen Parotidektomie". Dtsch. Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde 26, 386 - 397, 1957.

Ribbert, H.: Geschwulstlehre F. Cohen, Bonn 1904.

Rössle, R.: Stufen der Malignität. Sitzungsber. d. dt. Acad. d. Wissenschaft, Berlin 1949.

Rössle, R.: Bemerkungen zur örtlichen Ausbreitung des Krebses. Verh. dtsch. path. Ges. 35, 96 (1951).

Rotter, W.: Zur Problematik der gutartigen hyperplasiogenen und bösartigen autonomen Blastome. Dtsch. med. Wschr. 90, 1117 (1965).

Schreiner, L.: Über Fibrosarkome im HNO-Bereich. HNO Wegweiser 10, 161 - 165, (1962).

Schreiner, L.: Über Speicheldrüsenmischtumoren unter besonderer Berücksichtigung ihrer Recidivbereitschaft. HNO-Wegweiser 8, 43 - 51, 1959.

Ungerecht, K.: Klinik und Therapie der Tumoren des Gesichtsschädels. Arch. Ohr.-Nas.-Kehlk.-Heilk. 187, 2-301, 1966.

Ward G. E. und Hendrick, J. W. Tumors of the Head and Neck Williams und Wilkins, Baltimore 1950.

Willis, A. G.: Pathology of Tumors of the Salivary Glands, Ann. Surg. 39, 57 ff und 207 ff, 1904.

An dieser Stelle sei mir gestattet, Herrn Prof. Dr. A. Herrmann als Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkranke der Universität München meinen besten Dank abzustatten, daß ich an der von ihm geleiteten Klinik die für die Arbeit notwendigen Unterlagen einsehen konnte.

Ganz besonders herzlich danke ich Herrn Priv.-Doz. Dr. L. Schreiner für die Überlassung der Arbeit, sowie für seine freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung.

LEBENSLAUF

Am 21. März 1928 bin ich als Tochter des Oberstudiendirektors Karl Rummel und seiner Ehefrau Emma Rummel, geb. Ostertag, in Stuttgart geboren.

Von 1936 bis 1940 besuchte ich die Volksschule und von 1940 bis 1949 die Mädchenoberschule in Göppingen, wo ich im Herbst 1949 die Reifeprüfung ablegte. Zunächst ergriff ich den Beruf der Fürsorgerin und war bis 1956 als Berufsberaterin beim Arbeitsamt Freiburg i. Br. tätig.

Vom Wintersemester 1956 bis zum Sommersemester 1963 studierte ich an der Universität München Medizin und bestand am 18. Juli 1963 vor der Medizinischen Fakultät der Universität München das Staatsexamen. Meine Approbation erhielt ich im November 1965.